



Desafios para Gestão Estratégica em Atenção Primária em Saúde: Reflexões a Partir da Ótica da Teoria das Relações Humanas

Wanderson Alves Ribeiro¹, Julio Gabriel Mendonça de Sousa², Denilson da Silva Evangelista³, Gabriel Nivaldo Brito Constantino⁴, Vanessa Santos de Magalhaes Lopes⁵, Leandro Mendes Martins⁶, Elcio Gomes dos Reis⁷, Karine Gomes de Moura de Oliveira⁸, Laryssa Vitor Silva⁹, Danilo de Oliveira Lesse¹⁰, Leonardo Michel Corrêa de Barros¹¹

¹ Enfermeiro; Mestre e Doutorando pelo PACCS/EEAAC/UFF; Coordenador do Programa Saúde do Homem da Prefeitura Municipal de Queimados. ORCID: 0000-0001-8655-3789

² Enfermeiro graduado pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) Especialista em Enfermagem em UTI pela FAVENI - Faculdade Venda Nova Do Imigrante. Coordenador da Atenção Integral a Saúde da Criança e do Adolescente. ORCID: 0000-0002-8013-3369

³ Enfermeiro pela Universidade Iguacu. Pós-Graduado em Enfermagem em Alta Complexidade e Enfermagem em Atenção Primária à Saúde pela FACUMINAS. Coordenador da Divisão de Enfermagem na Prefeitura Municipal de Queimados. ORCID: 0000-0002-7282-0361

⁴ Acadêmico de Enfermagem da Universidade Iguacu. ORCID: 0000-0002-9129-1776

⁵ Enfermeira; Pós-graduada em saúde da Mulher pela UNIG. Coordenadora do Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher da Prefeitura de Queimados. ORCID: 0009-0006-2416-3789

⁶ Enfermeiro. Pós-Graduado em Saúde da Família pela Escola de Enfermagem Luiza de Marilac/ Faculdade São Camilo; Subsecretário Adjunto de Atenção Básica e Saúde Integral. ORCID: 0000-0002-5732-0465

⁷ Enfermeiro. Pós-graduado em Docência do Ensino Superior pela Universidade Cândido Mendes; Urgência e Emergência, Estratégia da Saúde da Família com ênfase em Saúde Pública e Enfermagem em UTI pela FAVENI. Preceptor de Estágio no Curso de Formação Técnica em Enfermagem. ORCID: 0009-0000-9987-5824

⁸ Acadêmica de Medicina da Universidade Iguacu. ORCID: 0000-0002-4894-7899

⁹ Acadêmica de Medicina da Universidade Iguacu. ORCID: 0009-0001-4033-9127

¹⁰ Acadêmico de Medicina da Universidade Iguacu

¹¹Enfermeiro. Mestre pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Pós-Graduado em Enfermagem do Trabalho; Pós-Graduado em Programa Saúde da Família; Pós-Graduado Enfermagem Oncológica; Pós-Graduado em Docência Técnica e Superior; Pós-Graduando em Enfermagem do Intensiva Neonatal e Emergência e Urgência pelo IETEC

Article Info

Received: 3 June 2024

Revised: 6 June 2024

Accepted: 6 June 2024

Published: 6 June 2024

Corresponding author:

Wanderson Alves Ribeiro.

Enfermeiro. Mestre e Doutorando pelo Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde pela Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da UFF. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem Pós-graduação da Universidade Iguacu, Brasil.

nursing_war@hotmail.com

ORCID: 0000-0001-8655-3789

RESUMO (POR)

Human Relations Theory aims to improve people's coexistence in the various social groups in which they participate. Consequently, there has been discussion about people management, the humanization of processes, health and well-being at work, with studies highlighting the importance of conceptual and practical transformations in the organization of health work. This is due to current population growth and technological evolution in activities involving various sectors and actions. Thus, Primary Health Care (PHC) stands out due to its provision of primary health care based on well-founded and socially acceptable practical methods and technologies. To reflect on the challenges of strategic management in Primary Health Care in the light of the theory of human relations Using the integrated literature review methodology, the aim was to collect and summarize existing scientific knowledge on the subject of study in order to better understand it based on previous research. The purpose of PHC and the recommendations of the Ministry of Health are discussed in relation to health policies, as they aim to meet the principle of integrality of the SUS. In addition, a link between the public and private sectors has been created to expand coverage and increase the quality of PHC services in Brazil, which is an important response to the restructuring of the health care model and operationalization that has been taking place in recent years. Changes inside and outside the health sector therefore need to be monitored so that there are developments that corroborate decision-making in this area.

Palavras-chave:

Políticas Públicas; Atenção Primária; Relações Humanas.

Palabras Clave:

Políticas públicas; atención primaria; relaciones humanas.

Keywords:

Public Policies; Primary Care; Human Relations.

This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

**Desafíos para la Gestión Estratégica en Atención Primaria en Salud: Reflexiones desde la Perspectiva de la Teoría de las Relaciones Humanas****RESUMEN (ESP)**

La termostomía está destinada a la exteriorización quirúrgica de una víscera, desviándose de su vestimenta habitual, o el procedimiento de traqueotomía crea una apertura directa en la tráquea, o aumenta el riesgo de infección respiratoria, los pacientes con traqueotomía requieren cuidados específicos, y el enfermero juega un papel fundamental en la asistencia a estos pacientes. Discutir la atención al paciente traqueotomizado en la UCI. Metodología: Se trata de una revisión integrativa de la literatura, este tipo de estudio incluye resultados relevantes obtenidos por diferentes autores sobre un mismo tema, con el fin de agregar ideas e información para la construcción de conocimiento científico basado en evidencia. Entre los pacientes que requieren cuidados intensivos, aquellos que requieren traqueotomía presentan desafíos adicionales, tanto para el equipo de salud como para el propio individuo. En este contexto, el enfermero asume un papel destacado en el cuidado de las personas con traqueotomía en la UTI. Se demostró que el enfermero desempeña un papel esencial, tanto en el aspecto técnico como en el no emocional, promoviendo una atención de calidad, segura y humanizada.

Challenges for Strategic Management in Primary Health Care: Reflections from the Perspective of Human Relations Theory**ABSTRACT (ENG)**

Human Relations Theory aims to improve people's coexistence in the various social groups in which they participate. Consequently, there has been discussion about people management, the humanization of processes, health and well-being at work, with studies highlighting the importance of conceptual and practical transformations in the organization of health work. This is due to current population growth and technological evolution in activities involving various sectors and actions. Thus, Primary Health Care (PHC) stands out due to its provision of primary health care based on well-founded and socially acceptable practical methods and technologies. To reflect on the challenges of strategic management in Primary Health Care in the light of the theory of human relations Using the integrated literature review methodology, the aim was to collect and summarize existing scientific knowledge on the subject of study in order to better understand it based on previous research. The purpose of PHC and the recommendations of the Ministry of Health are discussed in relation to health policies, as they aim to meet the principle of integrality of the SUS. In addition, a link between the public and private sectors has been created to expand coverage and increase the quality of PHC services in Brazil, which is an important response to the restructuring of the health care model and operationalization that has been taking place in recent years. Changes inside and outside the health sector therefore need to be monitored so that there are developments that corroborate decision-making in this area.

INTRODUÇÃO / INTRODUCTION

A Teoria das Relações Humanas é uma corrente administrativa que enfatiza as pessoas, a organização informal e os agentes existentes na organização, opondo-se às Teorias Clássica e Burocrática que focavam com grande propriedade nas funções e a estrutura organizacional. Esta teoria teve sua origem nos Estados Unidos, como resultado das experiências de Elton Mayo, denominadas Experiências de Hawthorn, surgindo quando houve a percepção, por parte de seu criador, da necessidade de tornar a administração mais humana e democrática, além de ter sido um momento em que as ciências humanas influenciaram as organizações.¹⁻⁵

Outrossim, esta teoria possui três modelos principais como características, sendo eles: O ser humano não pode ser reduzido a um ser cujo comportamento é simples e mecânico; O homem é, ao mesmo tempo, guiado pelo sistema social; E pelas demandas de ordem biológica. Todos os homens possuem necessidades de segurança, afeto, aprovação social e prestígio.³

⁶

Além disso, entre os principais representantes da Teoria das Relações Humanas estão Mary Parker Follet, Elton Mayo, Roethlisberger & Dickson e Chester Barnard. Mary Parker Follet fez importantes observações sobre os conflitos industriais, notando que tais conflitos desequilibravam o sistema de produção.⁶

Deste modo, buscando sanar a problemática supracitada, criou-se esta teoria com o objetivo de melhorar o convívio das pessoas nos diversos grupos sociais de que participavam, proporcionando um relacionamento harmonioso entre os seres humanos. Basicamente tem-se dois tipos de relação humana: a interpessoal, onde as pessoas interagem em eventos, na família, na escola, na empresa, entre outros locais e o intrapessoal, consigo mesma.⁷

Em consequência da implementação da Teoria das Relações Humanas, teve-se como fruto a atual, e crescente, discussão sobre gestão de pessoas, humanização dos processos, saúde e bem-estar no trabalho. Tal fato se deve a ela trazer um conjunto de ideias e conceitos que melhoram o relacionamento com colaboradores, aumenta a produtividade, bem como eficiência.³

Em análogo a isto, salienta-se que a gestão de pessoas é o conjunto de práticas, políticas, métodos e organizações operadas pelo gestor dentro de uma empresa, com o objetivo de administrar e fortalecer a relação humana e do trabalho, observando o perfil dos colaboradores com as medidas a serem adotadas.⁸

Assim, pode-se afirmar que empresas que entendem e valorizam a importância das relações humanas no trabalho, tendem a criar um clima favorável de compreensão, respeito e empatia entre os colaboradores. Isto faz com que os funcionários se sintam reconhecidos, motivados e, consequentemente, dispostos a fazer com que o negócio cresça cada vez mais.^{6,9}

Em concomitância ao que foi supracitado, no que tange o âmbito da Saúde, estudos apontam a importância de transformações conceituais e práticas de organização do trabalho em saúde. Tal fato se deve ao atual contexto em que se tem o crescimento populacional, bem como uma grande evolução tecnológica em atividades que envolvem vários setores e ações, como prevenção, tratamento e promoção em saúde, além de envolverem profissionais, sociedade, dirigentes políticos e segmentos empresariais. Deste modo, esse contexto, seja público ou privado, exige controle e avaliação constantes, com a necessidade de diminuir os custos e assegurar a eficiência, eficácia e efetividade nos serviços prestados.¹⁰

Contudo, destaca-se que a busca por novas estratégias de gestão da qualidade, exige práticas inovadoras e integradoras que transcendem o saber técnico, envolvendo Leis, Normas, valores, compromisso, ações, conhecimentos e intenção. Outrossim, percebe-se a necessidade de profissionais capacitados para o desenvolvimento das atividades prestadas.¹⁰

Além disso, Teles et al.¹¹ expõe em seu estudo que o Sistema Único de Saúde (SUS) propõe um planejamento estratégico que incorpora responsabilidades aos entes públicos, devendo configurar-se de forma contínua, articulada, integrada e solidária entre os três níveis federados, com o intuito de favorecer a execução de ações por meio de compromissos construídos e ajudar no desenvolvimento de métodos e estratégias eficazes para o alcance de resultados satisfatórios.

Outrossim, salienta-se que o SUS institui uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, ao aumento da equidade e à incorporação de novas tecnologias e especialização dos saberes. Nesse sentido, o SUS mostra-se como ferramenta essencial de alcance a esse estado, visto que constitui um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, e detém como uma de suas vertentes a atenção básica.¹²

Além do supracitado, o SUS tem como parte integrante Atenção Primária em Saúde (APS), a qual oferta cuidados primários de saúde que consistem em cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação.¹³

No que diz respeito à organização da APS, a declaração de Alma-Ata propõe a instituição de serviços locais de saúde centrados nas necessidades de saúde da população e fundados numa perspectiva interdisciplinar envolvendo médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, bem como a participação social na gestão e controle de suas atividades. O documento descreve as seguintes ações mínimas, necessárias para o desenvolvimento da APS nos diversos países: educação em saúde voltada para a prevenção e proteção; distribuição de alimentos e nutrição apropriada; tratamento da água e saneamento; saúde materno-infantil; planejamento familiar; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais.¹⁴

Sendo assim, ela representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.¹³

Portanto, o processo de avaliação nos serviços de saúde vem sendo considerado como um processo determinante para subsidiar o alcance de metas, objetivos e para tomada de decisão, expandindo-se o limite e as possibilidades de atuação.¹⁰

Diante da complexidade da discussão, este artigo busca refletir sobre os desafios da gestão estratégica na Atenção Primária da Saúde a luz da teoria das relações humanas.

METODOLOGIA / METHODOLOGY

Trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter descritivo e abordagem qualitativa, com análise de literaturas científicas que nos remetam ao objeto de pesquisa.

A pesquisa é um procedimento reflexivo sistemático, controlado e crítico, que permite descobrir novos fatos ou dados, relações ou leis, em qualquer campo do conhecimento. Ou seja, é um procedimento formal, com método de pensamento reflexivo, que requer um tratamento científico e constitui no caminho para conhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais.¹⁵

A pesquisa bibliográfica é elaborada com base em material já publicado com o objetivo de analisar posições diversas em relação a determinado assunto.¹⁶

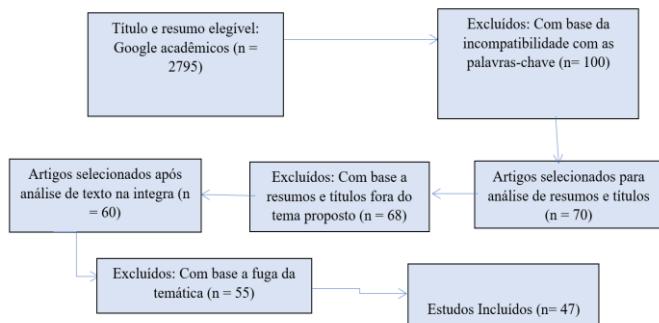
Na concepção de Minayo¹⁷, a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis. Aplicada inicialmente em estudos de antropologia e sociologia, como contraponto a pesquisa quantitativa dominante, tem alargado seu campo de atuação a áreas como Psicologia e educação. A pesquisa qualitativa é criticada por seu empirismo, subjetividade e pelo envolvimento emocional do pesquisador.

Entendemos que a abordagem qualitativa é aquela que trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes.¹⁸

Considerando a necessidade de analisarmos o conhecimento nacional produzido sobre o protagonismo do enfermeiro na consulta do pré-natal de baixo risco, buscamos em um primeiro momento consultar no Google Acadêmico. Cabe mencionar que é uma biblioteca eletrônica e on-line que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros. Entende-se que o acesso a esse banco de informações oferece um panorama das produções científicas publicadas e mais consultadas pela maioria dos profissionais de saúde e pesquisadores na área da saúde pública.

Utilizou-se as palavras-chave: Atenção Primária de Saúde; Gestão em Saúde; Teoria das Relações Humanas.

Utilizamos como critérios de seleção da literatura, artigos completos, publicados em português, no período de 2004-2024, e os critérios de exclusão os artigos repetidos, publicações com textos indisponíveis, fora da língua vernácula e estudos com mais de 20 anos de publicação, fora do recorte temporal.



Fluxograma 1 – Seleção de estudos para revisão da literatura.
Fonte: Produção dos autores, 2024

Nota-se no Fluxograma 1 que nas bases de dados do Google acadêmico e encontrou-se 59 estudos utilizando as palavras-chave escolhidas. Dentre os selecionados, 30 artigos foram excluídos com base na incompatibilidade com os descritores, deixando-se 70 artigos para leitura de resumos e títulos. Excluindo-se 02 artigos com títulos ou resumos incompatíveis ao tema proposto, restando-se 60 artigos que após leitura na íntegra. Exclui-se mais 05 artigos por fuga da temática. Restando assim o número de 47 artigos para realizar revisão literária.

EIXO TEMÁTICO 01 – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA

Os direitos da criança são resultados de lutas dos movimentos internacionais de direitos humanos. A Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), adotada pelas Nações Unidas (1989), constitui-se como um dos tratados mais endossados pela comunidade internacional da história da humanidade, sendo o Brasil seu signatário, e serviu como uma das bases para a elaboração da Declaração Mundial acerca da Sobrevivência,

Proteção e Desenvolvimento da Criança (1990) assinada por 159 países, entre eles o Brasil, durante a Reunião da Cúpula Mundial em Favor da Infância, com o compromisso de viabilizar, até o ano 2000, os meios necessários ao cumprimento de 26 metas estabelecidas, sendo 19 na área da Saúde.¹⁹

O Brasil conquistou grande diminuição nas taxas de mortalidade infantil (menores de 1 ano) e de mortalidade na infância (menores de 5 anos), tendo com isso cumprido o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) número quatro para 2015, com três anos de antecedência e com redução de 77%, uma das maiores do mundo. Além disso, foi observado um admirável controle da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis e diarreia, grande diminuição dos índices de desnutrição e melhora crescente nos indicadores de aleitamento materno.¹⁹

Contudo, identificou-se novos agentes infecciosos, bem como o ressurgimento de doenças, até então consideradas sob controle, ao lado dos efeitos do envelhecimento populacional e da violência urbana. Em análogo a isto, houve uma ascensão nas taxas de parto cesáreo e da prematuridade, da prevalência da obesidade na infância e os óbitos evitáveis por causas externas (acidentes e violências), além do número de doenças em razão das más condições sanitárias, o que aponta a complexidade sociocultural e de fenômenos da sociedade contemporânea que afetam a vida das crianças.¹⁹

Em consequência deste cenário supracitado, criou-se, em 5 de agosto de 2015, a Portaria GM/MS n.º 1.130, de 5 de agosto de 2015, a qual institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaisc) que tem como objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados, da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.¹⁹

EIXO TEMÁTICO 02 – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi instituída pelo Ministério da Saúde, através da Portaria GM/MS nº 1944, em 27 de agosto de 2009. Deste modo, o Brasil se tornou o único país da América Latina com uma política de saúde específica para a população masculina.²⁰

Antes de sua formulação, foram necessários vários processos amplos de análise e discussão entre setores da sociedade civil, profissionais de saúde, gestores do Sistema Único de Saúde - SUS, pesquisadores e sociedades científicas. Sendo assim, teve-se como ponto de partida o reconhecimento da gravidade do quadro epidemiológico dos usuários homens no Brasil e a sua maior vulnerabilidade a mortes precoces e a doenças graves e crônicas, quando comparados às mulheres e às crianças. Detectou-se, também, que a procura dos homens pelos serviços de saúde é significativamente menor do que das mulheres, além da adesão reduzida às propostas terapêuticas, à prevenção e à promoção da saúde, o que remete à importância de um olhar específico para este grupo.²¹

Deste modo, objetivou-se, por meio desta política, promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população, abordando de maneira abrangente os fatores de risco e vulnerabilidades associados. Sendo assim, buscou-se possibilitar isto por meio da promoção do acesso a serviços de saúde abrangentes e ações preventivas, a política busca também reconhecer e respeitar as diversas manifestações de masculinidade.²⁰

Portanto, este conjunto possibilita o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população.²⁰

EIXO TEMÁTICO 03 – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares.²²

No âmbito do movimento feminista brasileiro, esses programas são vigorosamente criticados pela perspectiva reducionista com que tratavam a mulher, que tinha acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida. Deste modo, em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo.²²

Deste modo, a PAISM tem como objetivos principais:

- Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro;
- Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie;
- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.
- Além disso, destaca-se que a situação de saúde envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico. Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de

morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos.²²

EIXO TEMÁTICO 04 - POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Sendo instituída por meio da Portaria do Ministério da Saúde, MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência foi resultado de múltiplos movimentos e longa mobilização, nacional e internacional, de muitos atores sociais e institucionais. Além disso, ela é voltada para a inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizando-se por reconhecer a necessidade de implementar o processo de respostas às complexas questões que envolvem a atenção à saúde das pessoas com deficiência no Brasil.²³

Assim, norteia-se um amplo leque de possibilidades como seus propósitos gerais, sendo eles: proteger a saúde da pessoa com deficiência; reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social; e prevenir agravos que determinam o aparecimento de deficiências. Suas principais diretrizes, a serem implementadas solidariamente nas três esferas de gestão e incluindo as parcerias interinstitucionais necessárias, são: a promoção da qualidade de vida, a prevenção de deficiências; a atenção integral à saúde, a melhoria dos mecanismos de informação; a capacitação de recursos humanos, e a organização e funcionamento dos serviços.²³

Destaca-se que esta política foi atualizada por meio da Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro de 2023, mantendo-se o objetivo promover e proteger a saúde da pessoa com deficiência, porém, utilizando-se da ampliação do acesso ao cuidado integral no âmbito do SUS em articulação com as demais políticas e ações intersetoriais, contribuindo para sua autonomia, qualidade de vida e inclusão social, bem como prevenindo diferentes agravos à saúde em todos os ciclos de vida.²⁴

EIXO TEMÁTICO 05 - POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

O Brasil está passando por um processo rápido e intenso de envelhecimento da sua população. Esse crescimento populacional representa uma conquista social importante, resultando da melhoria das condições de vida, incluindo a ampliação do acesso a serviços médicos preventivos e curativos, avanços na tecnologia médica, aumento da cobertura de saneamento básico, maior nível de escolaridade e renda, entre outros fatores determinantes.²⁵

Deste modo, em resposta ao quadro supracitado e por meio da Portaria Nº 2.528, de 19 de Outubro de 2006, instituiu-se a Política Nacional da Pessoa Idosa. Tal fato se deve à saúde para a população idosa não se restringe ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis. Saúde da pessoa idosa é a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social.²⁶

Portanto, esta política visa recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim. Para tal, tem-se como diretrizes:²⁶

- Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- Atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
- Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do sus na área de saúde da pessoa idosa;
- Divulgação e informação sobre a política nacional de saúde da pessoa idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do sus;
- Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

EIXO TEMÁTICO 06 - POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE NA ESCOLA

Sendo instituído em 5 de dezembro de 2007 pelo Decreto nº 6.286, e atualmente regulamentado pela Portaria Interministerial nº 1.055 de 25 de abril de 2017, o Programa Saúde na Escola (PSE) visa à integração e articulação permanente da educação e da saúde, proporcionando melhoria da qualidade de vida da população brasileira.^{27, 28}

Deste modo, o PSE tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino. Salienta-se que seu público beneficiário do PSE são os estudantes da Educação Básica, gestores e profissionais de educação e saúde, comunidade escolar e, de forma mais amplificada, estudantes da Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica e da Educação de Jovens e Adultos (EJA).²⁷

Ademais, a Política Nacional de Atenção à Saúde na Escola é mais do que uma estratégia de integração das políticas setoriais, ela se propõe a ser um novo desenho da política de educação e saúde, uma vez que trata a saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos; Permite a progressiva ampliação das ações executadas pelos sistemas de saúde e educação com vistas à atenção integral à saúde de crianças e adolescentes; e Promove a articulação de saberes, a participação de estudantes, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social da política pública.²⁷

Portanto, O PSE consiste em uma estratégia de integração permanente da Saúde e Educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras.²⁸

EIXO TEMÁTICO 07 - ÁREA TÉCNICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

A Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN) desenvolve suas ações em parcerias intra e intersetoriais, voltadas à implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e implantação da Política Estadual de Alimentação e Nutrição, no âmbito do Sistema Único de Saúde na Bahia contribuindo para a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável em parceria com a Política Nacional e Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional.²⁹

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada no ano de 1999, integra os esforços do Estado Brasileiro que, por meio de um conjunto de políticas públicas, propõe respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação. Além disso, a mesma foi atualizada por meio da portaria 2.715/2011, tendo como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição.^{29, 30}

Deste modo, a PNAN se apresenta com o propósito de melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde, em busca da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional da população brasileira. Outrossim, a mesma está organizada em diretrizes que abrangem o escopo da atenção nutricional no Sistema Único de Saúde com foco na vigilância, promoção, prevenção e cuidado integral de agravos relacionados à alimentação e nutrição; atividades, essas, integradas às demais ações de saúde nas redes de atenção, tendo a Atenção Básica como ordenadora das ações.³⁰

DISCUSSÃO / DISCUSSION

O Ministério da Saúde é um órgão público, coeso e responsável pelo desenvolvimento de políticas, ferramentas e ações que visam o bem-estar daqueles que utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS). As Políticas Públicas encontram seu valor como um meio de atender às necessidades presentes, a fim de promover avanços e mudanças no contexto social atual e futuro. Além disso, tem uma ideia geral complexa, pois não há uma teoria completa e definida sobre esta temática, mas que existem vários conceitos que as formam como são conhecidas.³¹

Outrossim, apesar de estarem diretamente ligadas ao Estado, as Políticas Públicas possuem outros atores construtores que podem estar tanto no setor público como no privado, articulando de maneira conjunta em suas elaborações e implantações. Deste modo, no contexto atual, espera-se que uma Política Pública atenda ao princípio da integralidade, tanto em sua dimensão vertical (visão do ser humano como um todo, único e indivisível), como horizontal (ação da saúde em todos os campos e níveis), ou seja, tenha um olhar holístico acerca da população que contempla.³²

Em análogo ao supracitado, destaca-se a extrema importância de se ter uma boa relação humana entre os indivíduos envolvidos nestas políticas, haja vista que as relações humanas melhoram o convívio das pessoas nos diversos grupos sociais de que participam, proporcionando uma melhora no relacionamento, tornando os indivíduos mais colaboradores, o que possibilita uma maior eficiência acerca da implementação das políticas públicas.^{3, 7}

Deste modo, buscou-se expandir a cobertura e ampliar a qualidade de serviços de APS no Brasil, seguindo os atributos essenciais definidos por Starfield (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) para que se atinja o objetivo das políticas públicas no atual contexto. Deste modo, exige-se uma capacidade contínua de inovação na formulação e implantação de políticas, modelos e práticas em saúde no SUS. Essa necessidade foi reforçada diante do contexto de crise econômica e política que o país atravessa desde 2014, seguido pela introdução de políticas de austeridade de longo prazo em 2016. Após um período de expansão no gasto em saúde no Brasil, ocorrido de 2000 a 2015 (de 7,0% para 9,1% do produto interno bruto), que permitiu promover aumentos progressivos do gasto público em saúde, houve, a partir de 2015, uma inversão de tendência, com queda no gasto governamental per capita em saúde.³³

Resultados de pesquisas científicas, a experiência na gestão e atenção à saúde, a inovação e o desenvolvimento tecnológico alcançados no Brasil nos últimos 30 anos aportam um vasto conhecimento para enfrentar com sucesso os problemas da AB e qualificar a ESF. Entretanto, o ciclo de melhoria incremental observado na AB brasileira, desde a Conferência de Alma Ata, pode ser revertido em decorrência da ruptura democrática em curso no País, sinalizando perspectivas sombrias para os direitos sociais. A sistematização de propostas para enfrentamento dos desafios se refere a sugestões para melhoria da qualidade dos serviços de saúde, mediante mudanças factíveis em características estruturais e organizacionais de equipes e unidades de saúde e de práticas e ações profissionais.³⁴

O manuscrito em questão identifica quatro diferentes enfoques de interpretação sobre a APS. O primeiro seria o reconhecimento da APS como um conjunto de atividades envolvendo oito elementos básicos, tais como: educação em saúde, oferta de alimentos e adequada alimentação, abastecimento de água e saneamento básico, assistência materno-infantil, imunização, prevenção e controle de doenças endêmicas, tratamento básico a problemas de saúde, fornecimento de medicamentos essenciais. Um segundo enfoque seria a compreensão da atenção primária como um nível de atenção do sistema de saúde, com o qual os indivíduos têm o primeiro contato quando apresentam um problema de saúde, ou seja, a APS vista como porta de entrada do sistema.^{32, 34}

Esse enfoque, tal como o anterior, esteve presente na concepção de “cuidados primários em saúde” da Conferência de Alma-Ata. O terceiro enfoque, reconhecido pelo autor como mais abrangente, seria o da atenção primária como uma estratégia para promover acessibilidade, de acordo com as necessidades da população, que deve reorientar a organização e distribuição

dos recursos entre os níveis de atenção. O último enfoque concebe a APS como uma “filosofia” que permeia todo o sistema de saúde, relacionado aos valores de igualdade, justiça social e solidariedade, baseado em uma concepção ampla de saúde.^{29, 32, 34}

Os autores consideram que a atenção básica ainda apresenta baixas condições objetivas materiais e simbólicas para operar como centro de comunicação entre os vários pontos de atenção, e argumentam ser necessário definir estratégias para melhor inserir e conectar a atenção básica à saúde na rede. Propõem, de forma tímida, algumas intervenções em nível local, para facilitar essa comunicação, tanto no interior dos próprios serviços de atenção básica como entre os diversos pontos de atenção, com a criação de instâncias reguladoras com participação dos diversos prestadores, representantes da atenção básica, serviços especializados, setor privado e usuários. Ademais, destacam a necessidade de as equipes de atenção básica (re)conhecerem as reais trajetórias assistenciais de seus usuários na busca por cuidados, para orientar a regulação.^{35, 36}

O desenvolvimento de ações para a promoção da saúde no âmbito da APS desponta como importante resposta à reestruturação do modelo de atenção à saúde e operacionalização de ações que priorizam uma abordagem fundamentada nos determinantes sociais da saúde. Nessa perspectiva, a promoção da saúde seria a estratégia preferencial para viabilizar a articulação de conhecimentos interdisciplinares no cuidado individual e coletivo, bem como a APS seria o locus privilegiado para mobilização comunitária, capaz de propiciar mudanças de cultura organizacional, ampliação do escopo de ações e a reorganização dos sistemas locais de saúde.^{37, 38}

Essas características auxiliam na conquista de melhor saúde para as pessoas e de sustentabilidade para o sistema de saúde. Orientar sistemas de saúde em direção à APS Forte traz mais eficiência e, principalmente, garantia de melhores resultados na saúde da população. Uma atenção primária forte é essencial para um sistema de saúde forte.³⁹

O esforço para a equidade na prestação de serviços, ou seja, prioritariamente àquelas pessoas mais necessitadas, representa uma das ações de saúde com maior dificuldade de operacionalização na América Latina. Contudo, a forma como ocorreu a implantação da ESF no Brasil, expandindo-se principalmente em cidades de pequeno porte e nas áreas periféricas de metrópoles, colaborou para a promoção do acesso às populações historicamente excluídas devido à pouca disponibilidade de equipamentos públicos nesses locais. Sua implantação em áreas rurais, para a população indígena, ribeirinha, e a incorporação de particularidades individuais, como das pessoas em situação de rua, de travestis, e de cuidadores familiares que vivem em isolamento social devido à sobrecarga de atividades, são exemplos que reforçam essa perspectiva.⁴⁰

Nesse sentido, ressalta-se a dificuldade em superar a inserção periférica da atenção básica no sistema de saúde e efetivamente atuar como coordenadora do cuidado. De fato, a dificuldade de coordenação dos cuidados é um desafio contemporâneo e uma preocupação crescente, compartilhada por gestores de sistemas

de saúde em diversos países, principalmente frente à necessidade de melhorar a qualidade da atenção aos agravos crônicos que exige utilização de diversos serviços e profissionais. A coordenação, ao proporcionar seguimento adequado, minimiza riscos de erros, previne complicações, melhora a segurança dos pacientes e a qualidade da atenção e reduz custos. A responsabilidade pela coordenação da maior parte dos cuidados de saúde tem sido atribuída aos serviços de atenção primária.³⁶

A primeira e mais importante proposta para superação dos desafios da AB no Brasil é a universalização do modelo de atenção da ESF, com o enfrentamento substantivo de seus problemas estruturais e organizacionais. O compromisso político com a prioridade da ESF, expresso em financiamento suficiente para garantir a integralidade de cuidados de saúde de alta qualidade à toda população, resultará em investimentos mais abrangentes na infraestrutura da ESF fundamentais para ampliar a superioridade da ESF na melhoria do cuidado e das condições de saúde da população, em comparação a modelos tradicionais, especializados e médico centrados.³⁴

Outro destaque nas publicações foi a categoria desafios e dificuldades da gestão na APS, incluindo o déficit de recursos humanos e saúde de materiais e as dificuldades na oferta de acesso aos serviços. A gestão dos serviços de organizações públicas por si só, já é um desafio, aliada ao déficit de recursos humanos e materiais que interferem na oferta de serviços em saúde. Outros fatores desafiadores para gestão na APS são a inexperiência dos gestores e déficits de formação nesta área que influenciam na realização de uma gestão eficiente, eficaz e efetiva; problemas na própria implementação da APS e problemas na organização e relações de trabalho; déficits na disponibilidade de instrumentos de trabalho, em especial aqueles adequados para o trabalho de gestão; e dificuldades na avaliação da qualidade dos serviços.⁴¹

Porém, ainda persistem lacunas significativas na área de gestão do trabalho e recursos humanos quando se analisa o desenvolvimento de políticas voltadas para a qualificação do trabalho, atração e fixação de profissionais, tais como avaliação de desempenho, utilização de ferramentas de gestão e mecanismos de negociação do trabalho, que deem conta do contingente de profissionais que adentram diariamente em um mercado em ascensão.⁴²

Esse modelo de gestão e gerenciamento traz novas vivências e sentidos para o cotidiano do trabalho, intensificando o reforço ideológico da individualização não apenas na organização e no processo de trabalho, mas também na vida dos trabalhadores em geral, aí incluídos os da saúde, tanto do setor privado como do público.⁴³

O tema do financiamento da saúde continua com intenso debate no governo, no meio acadêmico, nos movimentos sociais, pois ainda há um longo caminho a ser percorrido para atingirmos um patamar razoável de investimento público em saúde na consolidação do SUS. Como exemplo, podemos citar a criação do Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo), que é uma transferência governamental para a saúde e representou um importante e seguro recurso para que os municípios expandissem a APS, organizassem com autonomia de planejamento suas redes de atendimento e reduzissem as

iniquidades existentes na distribuição da oferta de serviços. Contudo, a nova proposta de financiamento que começa a ser implementada em 2020, aprovada no dia 31 de outubro de 2019 pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), acaba com a transferência do PAB Fixo e define que o repasse de recursos considerará o número de usuários cadastrados nas equipes de saúde e o desempenho das unidades básicas de saúde, a partir de uma série de indicadores.⁴⁴

As novas mudanças no financiamento e os impactos orçamentários da Emenda Constitucional (EC) 95/2016 poderão resultar no colapso da APS e do SUS. Essa metodologia de redistribuição de recursos rompe com os princípios fundamentais do sistema e com o caráter de universalidade, ao enfatizar o número de usuários cadastrados em meio a justificativas para aumento de cobertura assistencial e defesa de um SUS que não é para todos, residual, assistencialista e com ampla exploração do mercado privado. O princípio que se sugere para o financiamento em saúde pública é o de igualdade de recursos para necessidades iguais, com perspectiva de redução das desigualdades.⁴⁵

Ao mesmo tempo em que a qualidade e a abrangência de nossa atenção básica/atenção primária à saúde definem os rumos do SUS, os rumos do SUS são determinantes na abrangência de nossa atenção básica/atenção primária à saúde. Certamente estão em disputa diferentes projetos para o SUS, conforme destacam os autores, mas não se expressam na oposição entre o uso dos termos atenção primária e atenção básica à saúde. Ambos os termos podem alinhar-se a uma proposição de sistema público universal de qualidade. De fato, os sistemas públicos universais existentes preconizam uma atenção primária à saúde robusta, e o emprego do termo atenção primária à saúde alinha-se a essa literatura e experiência internacional dos sistemas universais.^{36, 46}

O planejamento deve ser um instrumento que realmente acompanhe o dia a dia da produção de saúde, a fim de que as exigências impostas pela sociedade, não se sobreponham às ações e compromissos assumidos coletivamente. Não basta deliberar moralmente, é necessário planejar estratégicamente, porque a deliberação da resposta depende de condições coletivas, organizacionais e intersetoriais construídas pelo planejamento. Em sendo assim, não se concebe a conduta improvisada na saúde, sendo necessário o planejamento como instrumento basilar no processo de construção da saúde e na melhoria do SUS.¹¹

Melhorias na construção, reforma e ampliação de UBS continuam necessárias, mas é preciso uma política complexa e integrada para ampliar e qualificar os equipamentos clínicos, de apoio e de tecnologia de informação e comunicação. Infelizmente, as restrições impostas ao SUS e às políticas sociais pela Emenda Constitucional 95/2019, ameaçam gravemente o desenvolvimento de uma política pública racional e integrada de expansão e atualização de instrumentos de trabalho, conectividade e insumos.³⁴

Os sistemas de saúde possuem como metas principais otimizar a saúde da população por meio do emprego do mais avançado conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde e minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais de modo que determinados

grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde. A APS é o modo mais eficiente para atingir tais metas, por ser a entrada preferencial nos sistemas de saúde e ser baseada em atributos claramente definidos como acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural³⁸. Esta, quando organizada sob a luz de seus atributos, proporciona melhora de acesso aos serviços necessários; qualidade do atendimento; um maior enfoque na prevenção, redução de cuidados especializados desnecessários e potencialmente prejudiciais.⁴⁷

Também se identificou nas publicações que integram esta revisão, estudos que abordam o papel e as atividades envolvidas na gestão em saúde, com destaque para as ações de coordenação de coletivos, de organização do trabalho, de planejamento, de gerenciamento de equipes e também de articulação do trabalho da UBS na rede assistencial. Assim como referência relacionada à utilização, na APS, do modelo tradicional de gestão, baseado em relações verticalizadas e burocratizadas.⁴¹

A articulação necessária à prática do planejamento em saúde perpassa por uma rede complexa, a qual engloba desde as pessoas que, diretamente, assumem cargos de planejamento, e também a participação de atores sociais representativos da sociedade, indo até o ambiente em que as ações planejadas terão a oportunidade de serem implementadas e/ou executadas. No entanto, percebem-se lacunas entre o discurso e a prática, identificando uma situação em saúde de reprodução de práticas inadequadas e ineficientes no cotidiano dos processos de trabalho, tornando-se necessário planejar as ações e serviços de saúde para se alcançar uma prática significativa e transformadora.¹¹

Foram identificadas como competências essenciais dos gestores, neste âmbito de atenção, a comunicação, o manejo de equipes, o planejamento com estabelecimento de prioridades, a resolução de problemas, a avaliação de desempenho e a liderança. O que também é mencionado por outros autores e em documentos oficiais.⁴¹

Ao final do ensaio, porém, não menos importante, os autores destacam três principais ameaças da reformulação da PNAB em 2017 ao modelo assistencial da atenção básica brasileira. Salientam com propriedade a fragmentação do processo de trabalho e o comprometimento da coordenação e longitudinalidade decorrente da contratação de profissionais por apenas dez horas semanais para equipes de atenção básica. Ademais, alertam que, se o apoio a outras equipes atenção básica ocorrer, se concentrará em cidades maiores das regiões Sul e Sudeste com menor cobertura de ESF, cujos gestores resistem à mudança do modelo assistencial.³²

Assim, apontam a provável redução do número de ACS com o fim da obrigatoriedade de 100% de cobertura do território e questionam a preconização de dois padrões de atenção básica: essenciais e ampliados. Perguntam-se se essa formulação estaria articulada à proposta de criação de planos acessíveis. Muito bem perguntado, pois a definição de uma cesta/carteira de serviços, como sugerido por esses padrões, é ferramenta que tem sido desenvolvida para contratação de seguros privados focalizados e/ou serviços privados nas propostas de cobertura

universal de saúde, e poderão comprometer a integralidade da atenção básica e do SUS ao se consolidarem como uma cesta básica garantida publicamente, correspondendo a uma abordagem de atenção primária (neo) seletiva e restringindo o direito universal à saúde a um universalismo básico.³⁶

CONCLUSÃO / CONCLUSION

Desta forma, faz-se necessárias novas formas de gestão no setor saúde que acompanhe as mudanças dentro e fora do setor, sendo o planejamento estratégico participativo um forte aliado a uma gestão descentralizada para resolução de problemas. Daí a necessidade de se refletir sobre a importância dessa ferramenta nos processos de trabalho em saúde, pois permite desdobramentos que implicam na tomada de decisões para o enfrentamento de problemas, contribuindo, assim, na melhoria da operacionalização dos serviços de saúde.

Por fim, partindo dessa premissa, os profissionais de saúde que atuam nas áreas de atenção e gestão devem aprimorar a sua práxis, direcionando-a para o fortalecimento do planejamento estratégico na saúde, tendo em vista possibilitar mudanças transformadoras como a integração multiprofissional, utilizando critérios como a comunicação, valorização social, flexibilização da divisão do trabalho e autonomia técnica capazes de favorecerem a tomada de decisões e a aplicação do planejamento como instrumento de gestão.

REFERÊNCIAS / REFERENCES

1. Pedroso, M.C. Um modelo de gestão estratégica para serviços de saúde (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo). 2010. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-24052011-115333/en.php> Acesso em: 18 Dez 2023;
2. Rossés, G.F; Gelatti, C.B; da Silva, A; dos Passos, L.J; do Amaral, L.S. Teoria das relações humanas e economia solidária: o caso do projeto Esperança/Cooesperança. SEGeT–Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia. 2010. VII. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4926267/mod_folder/content/0/289_Artigo%20Seget%20TO.pdf Acesso em: 18 Dez 2023;
3. Spiller, E.S. Gestão dos serviços em saúde. Editora FGV. 2015.
4. Bittencourt, R.N. A fragilidade das relações humanas na pós-modernidade. Revista Espaço Acadêmico. 2009. 9 (100): 62-69. Disponível em: https://www.academia.edu/download/39155219/A_fragilidade_das_relacoes_humanas_na_pos-modernidade.pdf Acesso em: 18 Dez 2023;
5. Gemelli, C.E; Fraga, A.M; Prestes, V.A. Produção científica em relações de trabalho e gestão de pessoas (2000/2017). Contextus–Revista Contemporânea de Economia e Gestão. 2019. 17 (2): 222-248. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/5707/570760763008/570760763008.pdf> Acesso em: 19 Dez 2023;
6. Monego, E; Schwertz, F.L; dos Santos Medeiros, F; Barros, J.C; Machado, M.S.F; da Silva, R.D. Teorias da administração e das relações humanas. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. 2021. 7 (8): 254-261. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/1882> Acesso em: 13 Dez 2023;
7. Moysés Filho, J. Planejamento e gestão estratégica em organizações de saúde. Editora FGV. 2015.
8. Silva, J.L.G; Mendes, J.V.P; Silva, M.E.L.C; de Oliveira, M.F; Bernardino, P.A.B; Santos, J.A.M. Gestão de pessoas. LIBERTAS: Revista de Ciências Sociais Aplicadas. 2020. 10 (2): 96-108. Disponível em:

- em: <http://famigvirtual.com.br/famig-libertas/index.php/libertas/article/view/270> Acesso em: 13 Dez 2023;
9. Tajra, S.F. Gestão Estratégica na saúde. Saraiva Educação SA. 2006.
 10. Meira, S.R.C; Oliveira, A.D.S.B; Santos, C.O. A contribuição da auditoria para a qualidade da gestão dos serviços de saúde. *Brazilian Journal of Business*. 2021. 3 (1): 1021-1033. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJB/article/download/26310/20861> Acesso em: 18 Dez 2023;
 11. Teles, F.I.D; Costa, T.G.M; Bernardo, C.J.A; Pereira, M.A.P; Alves, P.A.G. Planejamento estratégico como ferramenta de gestão local na atenção primária à saúde. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*. 2020. 8 (1): 27-38. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4979/497962779006/html/> Acesso em: 18 Dez 2023;
 12. Ferreira, E.R; Araújo, F.G.L; Gomes, M.L.S; de Medeiros Sampaio, S.M; de Souza, A.K.P; de Sousa, D.H.A.V. A humanização do atendimento na atenção primária à saúde The humanized assistance in primary health care. *Brazilian Journal of Health Review*. 2022. 5 (1): 1680-1693. Disponível em: <https://scholar.archive.org/work/it4rnouohbfxfyjyddoirlpfhq4/access/wabyback> <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/download/43190/pdf> Acesso em: 13 Dez 2023;
 13. OPAS/OMS. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978.
 14. Matta, G.C; Morosini, M.V.G. Atenção primária à saúde. Dicionário da educação profissional em saúde. 2009. 1. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Atencao_Primaria_a_Saude_-_recortado.pdf Acesso em: 18 Dez 2023;
 15. Lakatos, E.M; Marconi, M.D.A. Fundamentos da metodologia científica. In Fundamentos da metodologia científica (pp. 320-320). 2010. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-758946> Acesso em: 13 Dez 2023;
 16. Gil, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. Editora Atlas SA. 2008.
 17. Minayo, M.C.D.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. In O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde (pp. 269-269). 1992. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1344574> Acesso em: 18 Dez 2023;
 18. de Souza Minayo, M.C; Deslandes, S.F; Gomes, R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Editora Vozes Limitada. 2011.
 19. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. Brasília. 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B3nica.pdf> Acesso em: 01 Jan 2024;
 20. Ministério da Saúde. Saúde do Homem. Brasília. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-do-homem> Acesso em: 01 Jan 2024;
 21. Chakora, E.S. Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Hombre. Escola Anna Nery. 2014. 18: 559-561. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/YT4pgHZWTmrzVRdmCn8bTLw/?form=at-pdf&lang=pt> Acesso em: 01 Jan 2024;
 22. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília. 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf Acesso em: 01 Jan 2024;
 23. Ministério da Saúde. Política Nacional da Pessoa com Deficiência. Brasilia. 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf Acesso em: 01 Jan 2024;
 24. Ministério da Saúde. Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-com-deficiencia> Acesso em: 01 Jan 2023;
 25. Ministério da Saúde. Saúde da Pessoa Idosa. Brasília. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-idosa> Acesso em: 01 Jan 2024;
 26. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006. Brasília. 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html Acesso em: 01 Jan 2024;
 27. Ministério da Educação. Programa Saúde nas Escolas. Brasília. 2018. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/expansao-da-rede-federal/194secretarias-112877938/secad-educacao-continuada-223369541/14578-programa-saude-nas-escolas> Acesso em: 01 Jan 2024;
 28. Ministério da Saúde. Programa Saúde na Escola. Brasília. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/programa-saude-na-escola> Acesso em: 01 Jan 2024;
 29. Secretaria da Saúde da Bahia. Alimentação e Nutrição. Bahia. 2018. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/saude-de-todos-nos/alimentacao-e-nutricao/> Acesso em: 01 Jan 2024;
 30. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasilia. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf Acesso em: 01 Jan 2024;
 31. Raposo, H.L.O; Mascarenhas, J.M.F; Costa, S.M.S. A importância do conhecimento sobre as políticas públicas de saúde da mulher para enfermeiros da Atenção Básica. *Revista de Casos e Consultoria*. 2021. 12 (1): e26629-e26629. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/26629/14866> Acesso em: 02 Jan 2024;
 32. Gianezini, K; Barreto, L.M; Gianezini, M; de Lourdes Lauxen, S; Barbosa, G.D; de Souza Vieira, R. (2017). POLÍTICAS PÚBLICAS: definições, processos e constructos no século XXI. *Revista de políticas públicas*. 2017. 21 (2): 1065-1084. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3211/321154298027/movil/> Acesso em: 02 Jan 2024;
 33. Massuda, A; Hone, T; Leles, F.A.G; De Castro, M.C; Atun, R. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ global health*. 2018. 3 (4). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6035510/> Acesso em: 18 Dez 2023;
 34. Facchini, L.A; Tomasi, E; Dilélio, A.S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde em Debate*. 2018. 42: 208-223. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TmzJ4T4MkCxFbxpxTFXJsd/?lang=pt> Acesso em: 18 Dez 2023;
 35. de Almeida, L.M; Ramos, K.F.C; Randow, R; de Almeida Guerra, V. Estratégias e desafios da gestão da Atenção Primária à Saúde no controle e prevenção da obesidade. *Revista Gestão & Saúde*. 2017. 8 (1): 114-139. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3700> Acesso em: 18 Dez 2023;
 36. Giovanella, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. *Cadernos de Saúde Pública*. 2018. 34. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rxLJRM8CWzfDPqz438z8JNr/?lang=pt> Acesso em: 18 Dez 2023;
 37. Weiss, D; Lillefjell, M; Magnus, E. Facilitators for the development and implementation of health promoting policy and programs—a scoping review at the local community level. *BMC Public Health*. 2016. 16 (1): 1-15. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-2811-9> Acesso em: 18 Dez 2023;
 38. Fausto, M.C.R; Bousquat, A. Organização da atenção primária à saúde no Brasil e os desafios para a integração em redes de atenção. In Atenção

- primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa (pp. 51-72). 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/his-41141> Acesso em: 13 Dez 2023;
39. Sellera, P.E.G; Pedebos, L.A; Harzheim, E; Medeiros, O.L.D; Ramos, L.G; Martins, C; D'Avila, O.P. Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. Ciência & Saúde Coletiva. 2020. 25: 1401-1412. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NCfvbHp8bjTnGZvFq6mNsYS/> Acesso em: 18 Dez 2023;
40. Arantes, L.J; Shimizu, H.E; Merchán-Hamann, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. Ciência & Saúde Coletiva. 2016. 21: 1499-1510. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n4YY5zdQm83CjXCS8NfCZ3c/> Acesso em: 18 Dez 2023;
41. Pires, D.E.P.D; Vandresen, L; Machado, F; Machado, R.R; Amadigi, F.R. Gestão em saúde na atenção primária: o que é tratado na literatura. Texto & Contexto-Enfermagem. 2019. 28. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/tZPyYVKzYGjV6gdYqp68XNf/?lang=pt> Acesso em: 18 Dez 2023;
42. Ney, M.S; Pierantoni, C.R; Lapão, L.V. Sistemas de avaliação profissional e contraturalização da gestão na Atenção Primária à Saúde em Portugal. Saúde em Debate. 2015. 39: 43-55. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Stgc8trVpfDNJtf444JVCJg/?lang=pt> Acesso em: 18 Dez 2023;
43. Santos, R.P.D.O; Chinelli, F; Fonseca, A.F. NOVOS MODELOS DE GESTÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E AS PENOSIDADES DO TRABALHO. Caderno CRH. 2023. 35. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccrh/a/kV9xXt5QMCVbKGmQLrhc7TQ/?lang=pt> Acesso em: 18 Dez 2023;
44. Harzheim, E; D'Avila, O.P; Ribeiro, D.D.C; Ramos, L.G; Silva, L.E.D; Santos, C.M.J.D; ...; Pedebos, L.A. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2020. 25: 1361-1374. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25n4/1361-1374/pt/> Acesso em: 18 Dez 2023;
45. Geremia, D.S. Atenção Primária à Saúde em alerta: desafios da continuidade do modelo assistencial. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2020. 30: e300100. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/physis/2020.v30n1/e300100/pt/> Acesso em: 18 Dez 2023;
46. Schenker, M; Costa, D.H.D. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2019. 24: 1369-1380. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fjgYFRhV7s4Tgqvdf5LKBdj/?lang=pt>> Acesso em: 18 Dez 2023;
47. Barros, M.M.A.F; Mendes, M.D.L.C; Frota, L.M.A; de Sousa Almeida, J.R. Acolhimento em unidade de atenção primária à saúde: potencialidades e desafios. SANARE-Revista de Políticas Públicas. 2018. 17 (2). Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1269> Acesso em: 18 Dez 2023.