**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ADRIANA MARIA ANDRÉ

**COMPETÊNCIAS PARA A GESTÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE:
Percepção do Gestor**

**São Paulo
2006**

ADRIANA MARIA ANDRÉ

COMPETÊNCIAS PARA A GESTÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE:

Percepção do Gestor

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem
da Universidade de São Paulo, para obtenção do
título de Mestre em Enfermagem

Orientadora:

Profa. Dra. Maria Helena Trench Ciampone

São Paulo

2006

Agradecimentos

- À **Profa. Dra Maria Helena Trench Ciampone**, minha orientadora pela competência, dedicação e docilidade;
- A todas as **Professoras da Escola de Enfermagem** que muito nos transmitiram;
- À **Alice Martins Gomes** que muito me tem ensinado nesses anos;
- À **Emilia Emi Kawamoto** que de maneira desprendida me mostrou o “caminho das pedras”;
- À **Secretaria Municipal de Saúde**, à **Coordenadoria da Atenção Básica**, à **Coordenadoria Regional de Saúde e Supervisão Técnica de Saúde** da área estudada, por abrirem as portas para a realização desta pesquisa;
- Aos **gerentes das Unidades Básicas de Saúde** que prontamente colaboraram com os seus depoimentos;
- À minha maravilhosa **Coordenadora**, com quem tenho o prazer de trabalhar e sem a qual não poderia ter concluído o mestrado;
- Ao meu pai **Renê** e ao meu irmão **André** meus exemplos de vida profissional e acadêmica;
- À minha mãe **Olga** que me ensinou a perseverança em busca dos objetivos;
- Ao **Otinha** que me apoiou com paciência e amor durante esta jornada.

Resumo

André AM. *Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: Percepção do Gestor* [Dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2006.

Considerando a importância do gerenciamento das Unidades Básicas de Saúde para a melhoria da saúde da população com o enfoque de saúde enquanto “qualidade de vida” realizamos a presente investigação, tendo como objetivos gerais conhecer o perfil de competências dos atuais gestores das Unidades Básicas de Saúde do Município de São Paulo e analisar se essas competências favorecem ou não a implementação dos novos modelos assistenciais e gerenciais, que contemplam as estratégias que lhe são inerentes. Os objetivos específicos foram: identificar na percepção dos atuais gestores quais são as competências para a gestão das UBS e problematizar se a formação e o preparo específico destes gestores influenciam no modo de operacionalização das estratégias e na dinâmica das equipes envolvidas nos serviços. A pesquisa foi qualitativa e a pesquisadora faz parte da instituição em que a investigação foi realizada. A proposta era provocar mudança de paradigmas nos agentes envolvidos, caracterizando-se dessa maneira uma pesquisa ação. Na primeira fase os dados foram coletados por meio de entrevistas e na segunda, realizamos uma devolutiva das análises das entrevistas, cujas unidades de significado nortearam os temas disparadores para a realização de um encontro de grupo focal. Foram três temas: quais são os conhecimentos gerenciais necessários a um gestor de UBS, quais são as habilidades gerenciais a serem desenvolvidas por um gestor de UBS e quais são as atitudes que devem permear essas habilidades. Dez dos dezenove gerentes da região estudada (52,63%) participaram da pesquisa. Os resultados evidenciaram que a percepção dos atuais gestores em relação às competências para gerir uma UBS contemplam uma visão simplista e que existe um despreparo desses agentes. Isto influencia diretamente o modo de operacionalização das estratégias e a dinâmica das equipes, contribuindo para a ineficácia e ineficiência dos processos.

Palavras-chave: Administração, Organização, Gerenciamento.

Abstract

André AM. *Competences for the management of the basic health unities: Managers's Perception* [Dissertation] - São Paulo (SP): Nursing School from USP, 2006.

Considering the relevance of managing Basic Health Unities and in improving the population's health understanding health as "quality of life" this research has had the following objectives: identify the competence profile of the actual managers of the Basic Health Unities of São Paulo City and analyse if this competences favours or not the implementation of new care and managerial models that contemplates inherent strategies. The specific objectives were: identify the perceptions the actual managers have in relation to the competences needed to manage a Basic Health Unity and discuss with them if their knowledge and specific qualifications influences team dynamics and the implementation of the strategies. The research was the qualitative mode and the researcher works in the same institution where the research was made and as promoting the discussions about the themes it configures a research- action type. In the first stage, the data were obtained through individual interviews. In the second stage the data were analysed according to the thematic analyses and then showed to the managers as starting themes of a focus group. The themes were: what kind of managerial knowledge should the Basic Health Unity manager have, what kind of managerial abilities should the manager develop, what kind of behavior should come with the manager's abilities. Ten of the nineteen managers of the Basic Health Unities (52.63%) in the region studied participated. The results showed that the actual managers perception about the managerial competences that managers should have is simplistic. These agents are not prepared to manage and this influences directly the team's dynamic and contributes for the ineffectiveness and inefficiency of the strategies implementation.

Key words: Management, Administration, Organization

Sumário

Resumo	
Abstract	
Lista de Siglas	
Lista de Anexos	
Lista de Figuras	
Apresentação	1
1 Introdução	7
2 Objetivos da Pesquisa	36
3 Referencial Teórico	38
4 Percorso Metodológico	72
4.1 Modalidade da Pesquisa	73
4.2 Aspectos Éticos	78
4.3 Campo de Estudo	79
4.3.1 Cenário	79
4.3.2 Sujeitos	81
4.5 Procedimentos da Coleta de Dados	82
4.6 Procedimentos de Análise	83
5 Análise dos Resultados	84
5.1 Perfil dos Gestores das Unidades Básicas de Saúde	85
5.2 Análise das entrevistas	87
5.3 Análise do Grupo Focal	101
6 Considerações Finais	119
Anexos	128
Referências Bibliográficas	154

Listas

LISTA DE FIGURAS

	página
Figura 1 - Responsabilidade dos Municípios Habilitados pela NOB/01/96	14
Figura 2 - Mapa dos 41 Distritos de Saúde	16
Figura 3 - Mapa das Áreas de cada Instituição Parceira	18
Figura 4 - Mapa das 31 Coordenadorias de Saúde da SMS	21
Figura 5 - Mapa das 05 Coordenadorias Regionais de Saúde de São Paulo	23
Figura 6 - Grade Curricular do Curso de Especialização em Saúde Coletiva na área de concentração em Gerência de Saúde (GERUS adaptado pela PUC de Curitiba)	58
Figura 7 - As Competências e Papéis dos Líderes no Quadro de Valores Competitivos	60
Figura 8 - Os Oito Papéis de Liderança Gerencial e as Respectivas Competências-Chave	62
Figura 9 - Características Essenciais do Cargo e Resultados Individuais do Trabalho	65
Figura 10 - Caracterização do Perfil dos Gerentes que participaram da pesquisa	86

SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

CEDRH - Centro Nacional de Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos

DOU - Diário Oficial da União

GERUS - Curso de Gerenciamento de Unidades Básica de Saúde

MS - Ministério da Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAM - Posto de Assistência Médica

PMSP - Prefeitura do Município de São Paulo

PSF - Programa de Saúde da Família

RH - Recursos Humanos

SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SINAN - Sistema Nacional de Agravos de Notificação

SISNAC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ANEXOS

	página
Anexo 1 - Minuta de Projeto de Lei 13315 aprovada para concurso	129
Anexo 2 - Projeto de Lei do Senado nº 25(SUBSTITUTIVO), para a criação do Cargo de Gestor de Unidades Básicas de Saúde e respectivo concurso de 2002	131
Anexo 3 - Carta de Autorização da Instituição	132
Anexo 4 - Carta ao Comitê de Ética e Pesquisa da SMS-SP	134
Anexo 5 - Termo de consentimento livre e esclarecido da entrevista	135
Anexo 6 - Termo de consentimento livre e esclarecido do Grupo Focal	136
Anexo 7 - Questionário de Identificação do entrevistado	137
Anexo 8 - Roteiro de Entrevista Individual	138
Anexo 9 - Roteiro dos Grupos Focais	139
Anexo 10 - Conteúdo Programático dos Cursos de Pós-Graduação Lato-Senso	141
Anexo 11 - Quadro da Análise Transversal das Entrevistas	151

Apresentação

Desde muito cedo, o ato de estudar tornou-se uma maravilhosa possibilidade de descoberta para mim, cada livro representava um mundo novo que se abria.

Meu pai e posteriormente meu irmão eram meus exemplos, pois sempre se dedicaram à leitura e posteriormente à pesquisa. Nesta minha sede de descoberta acabei indo morar fora do país e, por aquelas situações que só o destino explica, iniciei então meus estudos de enfermagem.

Retornando ao Brasil, onde continuei meus estudos na área, minhas impressões sobre a assistência à saúde haviam mudado, não só porque comecei estudar sobre isso, mas porque comecei a notar as grandes diferenças que existiam entre o atendimento à saúde nos Estados Unidos da América do Norte e à saúde no Brasil.

Estávamos muito atrasados em relação a eles, não só sob o ponto de vista tecnológico, mas também quanto ao aspecto da organização do trabalho; tal fato começava a me intrigar já nessa época.

Tornei-me Enfermeira Obstétrica, pois entendia que ajudar a trazer uma vida ao mundo era motivo de grande alegria e o ambiente que circundava esse evento era sempre de festa.

Posteriormente, fui trabalhar mais perto da cidade onde nasci em uma Prefeitura do interior do Estado de São Paulo e com o passar dos anos me tornei Chefe do Serviço de Enfermagem e depois Assessora do Departamento de Saúde, que no futuro se transformou em Secretaria Municipal de Saúde.

Realizava conjuntamente com uma sanitarista o Plano Diretor do Município e o Planejamento Orçamentário Integrado e fiz o meu primeiro curso de gestão, oferecido pelo Estado para os gestores envolvidos com as “Ações Integradas de Saúde” (AIS). Foi o princípio das discussões que resultaram no SUS(Sistema Integrado de Saúde).

Comecei aí meus primeiros passos no mundo da gestão de serviços de saúde. Cinco anos após, por motivos familiares, mudei-me para outro estado e lecionei em uma das Universidades locais, na disciplina de Enfermagem Materno-Infantil no Curso de Graduação em Enfermagem.

Também na Universidade trabalhava com os alunos da Faculdade de Enfermagem em uma favela chamada “Comunidade do Dendê” com a missão de orientar as mães, as crianças, “a família” a melhorarem as condições de vida local.

Voltando a morar em São Paulo, dois anos e meio depois, uma grande reviravolta me leva a trabalhar num dos mais famosos hospitais do país, em uma área para mim só conhecida enquanto graduanda: Enfermagem em Terapia Intensiva. Foi uma época de grande aprendizado técnico, científico e organizacional.

Vivenciei então, a mudança de paradigmas no modelo de gestão utilizado, nos processos de busca contínua de melhoria, os protocolos desenvolvidos no enfoque da “medicina baseada em evidências” dos processos de acreditação pelo “Sistema ISO” e pela “Joint Commission of Hospitals Organization”. Ali fiquei durante oito anos.

Nessa ocasião fui convidada pela minha antiga chefe, a Secretária Municipal de Saúde da cidade do interior onde trabalhei, a montar e reestruturar serviços hospitalares na cidade de Campinas.

Novamente me envolvo com a gestão. Começo a gerenciar um hospital especializado no atendimento a adultos em São Paulo e inicio o Curso de Especialização em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde, para ter fundamentação teórica e poder desempenhar de maneira adequada o meu papel.

Passados quase dois anos, começo a gerenciar um outro hospital do mesmo grupo, especializado em crianças.

As necessidades do trabalho me levavam a buscar um aprimoramento constante para trabalhar com um modelo matricial de gestão, com gestão de projetos, com o custeio baseado em atividades, com proposta de unidades de negócios, com planejamento estratégico, gestão de talentos, gestão de conflitos; enfim, todo o arcabouço da administração.

Inicio ao mesmo tempo em 2001 o trabalho no Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE),

como supervisora da implementação do mesmo pela Agência Regional/SP e inicio os estudos sobre certificação de competências.

Tenho ainda a oportunidade de fazer um curso de especialização em educação profissional em enfermagem na USP, onde continuo discutindo competências profissionais.

Permaneço no PROFAE por cinco anos (até 2005, quando do seu encerramento).

Em 2002 volto ao Serviço Público e me envolvo com a proposta do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e com o Programa de Saúde da Família, primeiramente como enfermeira de Equipe e, posteriormente, na Equipe de Coordenação Distrital do Programa. Nesta Coordenação, desenvolvo a capacitação inicial das equipes do PSF do referido distrito, o chamado “Momento 1”.

Como é característico no Serviço Público, mudamos de posição conforme mudam as relações político-partidárias ou as expectativas das lideranças; volto a trabalhar na UBS, como Coordenadora das Equipes de PACS.

Coordeno 63 ACS, treinando-os, capacitando-os, avaliando as necessidades da região, fazendo a territorialização, efetuando o diagnóstico local e o planejamento, junto com a equipe.

Passo breve tempo assessorando uma das 31 coordenadorias de saúde, agora denominadas supervisões técnicas de área.

Desde outubro de 2005 componho a Equipe de Assessores Técnicos de Planejamento de uma das 05 Coordenadorias Regionais de Saúde de São Paulo, que responde por uma população de 2.407.000 habitantes.

O tema desta investigação, portanto, é para mim de grande interesse, pois o momento atual é propício a mudanças e à quebra de paradigmas. Buscamos a melhoria da gestão e a modificação dos modelos gerenciais vigentes no sistema de saúde local.

Existem a abertura e a oportunidade para implementar novas propostas; nossos líderes compartilham da visão sistêmica, de longo prazo e da vontade política.

Entendemos que o gestor é o grande agente de mudanças e precisamos saber como melhor direcionar o trabalho de aprimoramento dos profissionais que ocupam tal posição. Começamos aqui esse desafio.

1 Introdução

No Brasil, o modelo de desenvolvimento econômico, excludente e concentrador de renda, ocasionou más condições de vida e saúde, afetando a maioria da população. Embora as médias nacionais dos indicadores de saúde tenham melhorado ao longo do tempo, a desigualdade é, ainda, a regra geral e as classes populares são as mais afetadas.

O sistema tradicional de assistência à saúde, que se caracteriza por um cunho assistencialista, individual, curativo e fragmentado, com um enfoque voltado mais para o intramuros, utilizado pela rede pública, tem se mostrado ineficaz através dos anos. Os indicadores de saúde demonstram que, apesar da população brasileira estar vivendo mais e dos índices de mortalidade infantil terem diminuído, o círculo ignorância, desemprego e doença têm se perpetuado.

De acordo com as pesquisas do *IBGE e do Ministério da Saúde, a expectativa de vida aumentou de 53,5 anos de idade, em 1970, para 61,8 anos de idade, em 1980; na década de 70 a taxa de mortalidade infantil foi de 115 óbitos para cada 1000 nascimentos e no ano 2000, a proporção foi de 35,3 para cada 1000.

A taxa de analfabetismo em 1995 era de 15,5%, a taxa de desocupação, em 1996, era de 6,9%, e as patologias infecciosas

continuaram a representar um importante fator de mortalidade, sobretudo pela emergência e reemergência de doenças.

Buscando compreender as mudanças ocorridas no setor saúde, verificamos que o sanitarismo campanhista do início do século XX, seguido pelo modelo médico-assistencial privatista, foi progressivamente cedendo lugar ao modelo que privilegia a promoção à saúde e a participação do cidadão no âmbito dos serviços de saúde.

Os movimentos que deram início a esse processo de repensar a saúde iniciaram-se com a Conferência de Alma-Ata (1978). Depois disso, houve o Projeto da Reforma Sanitária e as amplas discussões sobre o tema na VIII Conferência Nacional de Saúde ocorrido em Brasília em 1986 (Mendes, 1994).

Após a Constituição Federal de 1988 ocorreu a regulamentação do SUS - Sistema Único de Saúde – por meio da lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que norteava a saúde no país pelos seguintes princípios: universalidade do acesso, integralidade da assistência, descentralização político-administrativa, regionalização e hierarquização da rede de serviços, equidade e participação popular (Mendes, 1994).

Em 1994, visando a avaliar a saúde em nosso país de uma maneira mais global, verificou-se a necessidade de mudança, da “quebra” de paradigmas e o Estado, representado pelo Ministério da Saúde, resolveu utilizar uma estratégia já conhecida em Cuba e no Canadá, com algumas modificações, denominada, O Programa de Saúde da Família.

O Programa de Saúde da Família propôs um novo pensar e um novo fazer, que privilegiam a Atenção Básica em Saúde.

A Comissão de Avaliação da Atenção Básica do Ministério da Saúde - 2003 propõe a seguinte definição:

Atenção Básica é um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas sobre a forma do trabalho em equipe dirigidas a populações de território (território-processo) bem delimitado, pelos quais assume responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade que devem resolver os problemas de saúde das populações, de maior frequência e relevância.

(Documento Norteador-SMS, Abril 2005, p 10)

A estratégia Saúde da Família se destaca na reorganização da atenção básica, na lógica da vigilância à saúde, trabalhando a modificação do "status quo" da comunidade local por intermédio da educação e do desenvolvimento da cidadania, sendo a promoção da melhoria da qualidade de vida, dessa população, a meta a ser alcançada (Brasil, Ministério da Saúde, p.36, 1997).

Verifica-se uma visão ampliada de saúde, segundo a qual o indivíduo deve ser avaliado sob uma perspectiva mais global, ou seja: onde e como ele mora, o que faz, o que come, o que pensa, como vive, com quem interage. Trata-se, portanto, de uma estratégia pró-ativa que visa, por meio de um diagnóstico situacional, ao conhecimento da comunidade com suas nuances socioeconômicas, políticas e culturais (Costa Neto, 2000).

De acordo com essa estratégia, a saúde não deveria se ater a uma atividade meramente curativa, ou a programas limitados de prevenção, mas deveria adotar um enfoque amplo: conhecer os motivos pelos quais determinada população adoece e trabalhar com ela, por meio da educação em saúde e da interação com os diversos segmentos da sociedade, as maneiras de evitar tais enfermidades (Costa Neto, 2000).

Assim, a proposta é o abandono do sistema tradicional de atendimento, em que a população doente procura as Unidades Básicas de Saúde apenas para tratamento e, depois de algum tempo, retorna com outros problemas, uma vez que tal sistema se baseia única e exclusivamente numa conduta pontual (Comunicado SMS 004/2001).

Inicialmente foi desenhado o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde com base em experiência desenvolvida no estado do Ceará, onde equipes de Agentes Comunitários (selecionados dentre moradores das micro-áreas onde o programa seria implantado) eram capacitadas e lideradas por uma enfermeira.

Deveriam realizar pelo menos uma visita domiciliar/mês a cada família de sua micro-área que era composta, em média, de 180 a 200 famílias. Através de instrumentos padronizados era realizada coleta de dados, que serviria para a descrição do perfil epidemiológico da área de abrangência de cada Unidade de Saúde e para o planejamento das ações locais.

Os dados a serem levantados eram: número de pessoas que compunham cada família, faixa etária, escolaridade, ocupação, condições de

moradia, saneamento básico, rede elétrica, doenças crônicas e de notificação compulsória, cobertura vacinal, número de internações, com causa, data e local de atendimento, número de óbitos por faixa etária, acompanhamento das crianças e das gestantes.

Os agentes também foram capacitados a realizarem orientações quanto à prevenção e promoção à saúde e serviam de elo de ligação entre a população e a Unidade de Saúde.

As áreas eram escolhidas com base em fatores de risco sociais e epidemiológicos, identificados nas diversas regiões da cidade (Melo, 2001, p.106).

A criação de laços de compromisso e o estabelecimento de vínculos entre a população e os profissionais de saúde, bem como a atenção à família no ambiente onde vive, constituem o ponto central da estratégia (Crevelim, 2004).

Observe-se que, na cidade de São Paulo, o processo de adesão ao Programa de Saúde da Família aconteceu com uma diferença de oito anos em relação aos demais municípios da federação.

Foi a partir de janeiro de 2001 que a Prefeitura Municipal de Saúde de São Paulo aderiu ao Sistema Único de Saúde, optando pela municipalização plena do sistema NOB 01/96-PAB e pela Estratégia Saúde da Família, como eixo de estruturação da atenção básica (Comunicado SMS 001/2001). De acordo com a NOB/SUS 01/96, as responsabilidades dos municípios

habilitados na gestão da atenção básica são operacionalizadas segundo ações demonstradas na **Figura 1**.

Cada equipe nuclear responderia por uma média de 800 a 1000 famílias que corresponderiam a uma área. A equipe seria composta por 01 médico, 01 enfermeira, 02 auxiliares de enfermagem e de 04 a 06 agentes comunitários de saúde.

Segundo a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS - (Publicada no D.O.U. de 6/11/1996, no item 9, referente às BASES PARA UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE).

A composição harmônica, integrada e modernizada do SUS visa, fundamentalmente, a atingir dois propósitos essenciais à concretização dos ideais constitucionais e, portanto, do direito à saúde, que são:

- a) a consolidação de vínculos entre diferentes segmentos sociais e o SUS;
- b) a criação de condições elementares e fundamentais para a eficiência e a eficácia gerenciais, com qualidade.

Figura 1- Responsabilidades dos Municípios Habilitados pela NOB 01/96 - PAB

RESPONSABILIDADES	AÇÕES
1. Desenvolvimento de métodos e instrumentos de planejamento e de gestão	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer a distribuição da população no Território e as causas de doenças e mortes no município. - Realizar o cadastramento de todas as unidades de Saúde do município - Cadastrar os estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária - Elaborar o Plano Municipal de Saúde - Estipular mecanismos de encaminhamentos de pacientes para serviços de maior complexidade (Referência) - Garantir o acesso da população a outros níveis de atenção - Elaborar a Programação Pactuada Integrada - PPI do município - Elaborar o relatório anual de gestão - Avaliar o impacto das ações do sistema sobre as condições de Saúde dos munícipes e do meio ambiente
2. Coordenação e Operacionalização do Sistema Municipal de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Coordenar as Unidades básicas próprias e as cedidas pelo Estado e pela União - Estabelecer mecanismos de gestão nas unidades de Saúde que se encontram sob responsabilidade municipal - Vincular a população às unidades básicas, mediante cadastramento da população - Implantar o cartão SUS em parceria com outras esferas de governo - Gerenciar as unidades de Saúde, em relação a planejamento, execução, controle e avaliação, por meio de materiais e recursos humanos necessários - Alimentar os sistemas nacionais de informações - Operacionalizar o Fundo Municipal de Saúde
3. Desenvolvimento de mecanismos de controle e avaliação da atenção básica	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar fluxos de controle e avaliação - Controlar os prestadores de serviços que realizam procedimentos contidos na tabela SIA/SUS - Utilizar indicadores para avaliação
4. Desenvolvimento das ações básicas de vigilância sanitária	<ul style="list-style-type: none"> - Organizar o serviço de vigilância sanitária - Promover planejamento de ações de inspeção preventiva
5. Administração e desenvolvimento de recursos humanos para atenção básica	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitar as equipes para desenvolver ações básicas - Manter atividades de educação continuada - Promover a participação das equipes na gestão das atividades de Saúde do SUS Municipal - Administrar os recursos humanos sob sua gestão
6. Fortalecimento do controle social no município	<ul style="list-style-type: none"> - Implantar e garantir condições de funcionamento do Conselho Municipal de Saúde - CMS - Promover a participação do CMS na gestão dos serviços de Saúde

Fonte: NOAS-SUS 01/01 - Portaria MS/GM nº 95 de 26/01/2001. Responsabilidade dos Municípios habilitados para Gestão da Atenção Básica

A mesma NOB reforça a importância da atenção centrada na qualidade de vida das pessoas em seu meio ambiente e na relação das equipes de saúde com a comunidade e a família. Além disso, enfatiza a necessidade de construção da ética do coletivo e da mudança da relação existente entre os usuários e os agentes de saúde, bem como dos processos de educação e comunicação social, permitindo a compreensão globalizadora entre os atores sociais.

Em 2002, a cidade de São Paulo começa a sofrer uma série de modificações. Primeiro foi dividida em 41 distritos de Saúde, cada qual respondendo por uma média de 250 mil pessoas (**Figura 2**: Mapa dos 41 Distritos de Saúde; Implantação do PSF no Município, 2002, p. 7).

Segundo Mendes (1994, p.188), o distrito seria

(...) a unidade operacional e administrativa mínima do sistema de saúde, definida com critérios geográficos, populacionais, epidemiológicos, administrativos e políticos, onde se localizam recursos de saúde públicos e privados, organizados através de um conjunto de mecanismos político-institucionais com a participação da sociedade organizada para desenvolver ações de saúde capazes de resolver a maior quantidade possível de problemas de saúde.

Figura 2 Mapa dos Distritos de Saúde do Município de São Paulo

A implementação do Programa de Saúde da Família em São Paulo ocorreu em parceria entre os 41 Distritos de Saúde e 12 instituições privadas.

As instituições parceiras da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo são: Associação Comunitária Monte Azul, Instituto Adventista de Ensino, Associação Saúde da Família (ASF), Associação Congregação Santa Catarina, Organização Santamarense de Educação e Cultura (UNISA), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Casa de Saúde Santa Marcelina, Fundação Faculdade de Medicina da USP, Fundação E.J.Zerbini, Hospital Israelita Albert Einstein, Santa Casa de São Paulo e Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (CEJAM) (**Figura 3**: mapa e relação das Instituições Parceiras; Implantação do PSF no Município, 2002, p.12-15).

O convênio com as instituições parceiras objetivava promover a implantação do Programa de Saúde da Família no município de São Paulo cabendo a elas executarem as ações necessárias à consecução do objeto do convênio, segundo um plano de trabalho estabelecido entre a Secretaria Municipal de Saúde e a instituição conveniada de determinada área de abrangência.

Constam deste convênio para o desenvolvimento das atividades do Programa de Saúde da Família firmado pela SMS em 2001; a participação no processo seletivo das equipes de Saúde da Família, a contratação e o pagamento do pessoal técnico e de apoio, a aplicação dos recursos

financeiros pactuados, a prestação de contas dos recursos transferidos e a devolução dos não aplicados, a organização da escrituração de ordem financeira, fiscal, contábil e administrativa, além do treinamento conjunto das equipes.

Figura 3 - Mapa das áreas de cada instituição parceira da SMS-SP

Fonte: Revista Saúde São Paulo - SMS ano 1, Vol 2 jun04.

Em 2001, a Equipe da Secretaria Municipal de Saúde enfatizava que a reorganização da Gestão de Saúde em São Paulo e a instalação do SUS demandavam mudança na modalidade de gestão, devendo rejeitar o modelo burocrático, hierarquizado, substituindo-o por modelo de gestão mais flexível, com autonomia administrativa e com desenvolvimento de instrumentos de avaliação de desempenho e de qualidade de assistência (Capucci in Sousa e Mendes 2003, p.46).

Para atender à finalidade de capacitação dos gestores, visando à mudança do modelo gerencial nas UBS, em setembro de 2001 deu início ao Projeto GERUS/UBS - Projeto de Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo, fruto da parceria entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan Americana de Saúde e a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Vale lembrar que nos outros municípios da União essa capacitação foi iniciada em 1996. É importante ressaltar que alguns dos atuais gerentes de Unidades Básicas do SUS participaram deste empreendimento, ressaltado como:

(...) é o fortalecimento da Rede de Unidades Básicas do SUS, mediante estratégia de capacitação de seus gerentes. Trata-se, portanto, de um processo de desenvolvimento institucional organizado em torno de um eixo de condução representado por um curso de especialização com duração mínima de 400 horas/aula, reconhecido e titulado por instituição de ensino superior. A metodologia desse processo é a pedagogia da problematização, que se desenvolve apoiada num guia curricular especialmente preparado para tal finalidade. Esses recursos metodológicos, incluindo a preparação de monitores locais, podem ser demandados junto ao programa de cooperação técnica MS - OPAS, por intermédio da CGDRH/SUS/SPS/MS (site www.eadfiocruz.com.br, consultado em 31/05/2004).

A mesma Equipe da Secretaria Municipal de Saúde encaminhou Minuta de Projeto de Lei para a criação do cargo de Gestor da Unidade Básica de Saúde mediante concurso público, cujo candidato tinha como pré-requisito ter nível superior e ser servidor da área da saúde. O objetivo era dar continuidade aos processos iniciados em cada Unidade sem necessidade de troca do Gestor a cada eleição Municipal, independente do partido político envolvido.

Além da prova teórica, os candidatos aprovados passariam por entrevista com o Conselho Gestor Distrital que apontaria uma lista tríplice e, o Coordenador de Saúde da Região escolheria um deles. **(ANEXO 1)**

O Projeto foi aprovado, a inscrição e a prova escrita realizadas, porém uma ação do Conselho Regional de Medicina, utilizando um documento da época do PAM (Posto de Assistência Médica) onde o diretor era também consultante e dizia dever ser o mesmo médico, paralisou o processo.

Num segundo momento, ainda em 2002, novas mudanças ocorreram quanto à organização administrativa da Prefeitura Municipal de São Paulo, como a criação das chamadas Subprefeituras, que objetivavam o aumento da eficiência administrativa, enfocando o desenvolvimento local com a participação popular.

Foram criadas 31 Subprefeituras e, dentro de suas estruturas, em 2003 são formadas as 31 Coordenadorias de Saúde, algumas delas

englobando mais de um Distrito de Saúde, que, no modelo anterior, era o responsável pelas ações de saúde de determinada região.

Figura 4 - Mapa das 31 Coordenadorias de Saúde da SMS

Fonte: Revista Saúde São Paulo-SMS ano 1, Vol 2 jun04.

No início de 2005, a Prefeitura Municipal de São Paulo deu novo direcionamento ao processo e reformulou os territórios, unificando as antigas coordenações de saúde em cinco regiões: Norte, Sul, Leste, Oeste e Centro. **(Figura 5)**

Foram escolhidos cinco coordenadores e as antigas coordenadorias foram transformadas em supervisões técnicas de área. Contudo os gestores das Unidades Básicas de Saúde (Mistas ou Unidades de Saúde da Família) continuaram exercendo as mesmas atribuições, ou seja, a rotina de trabalho deles em nada se modificou em função das alterações da estrutura das coordenadorias regionais.

Em abril de 2005 a Prefeitura Municipal de Saúde emite o "DOCUMENTO NORTEADOR - Compromisso das Unidades Básicas de Saúde com a População" onde define a missão da UBS:

A partir do conceito de atenção Básica pode-se considerar que a missão da Unidade Básica de Saúde, independentemente da estratégia de sua organização, é fomentar e desenvolver ações e serviços no sentido de intervir no processo de saúde-doença da população, ampliando a participação e o controle social com vistas à Vigilância à Saúde na defesa da qualidade de vida.

Figura 5 - Mapa das 05 Regiões de Saúde de São Paulo

Ao analisarmos o papel do gestor da Unidade Básica de Saúde é importante ressaltar que quanto ao grau de autonomia, ele se depara com a falta de orçamento próprio, o que impossibilita a compra de materiais e equipamentos e, mesmo a manutenção preventiva dos existentes.

No que se refere à gestão de recursos humanos, a autonomia do gestor é limitada pelo fato dos servidores serem concursados, não podendo ser demitidos. Mesmo para transferência o gestor depende da anuência da Supervisão Técnica de Área e da Coordenadoria Regional de Saúde. No caso do PACS e do PSF, os profissionais são contratados no regime da Consolidação das Leis do Trabalho pela Instituição Parceira o que facilita o processo de contratação e demissão, porém ambas as ações devem ser aprovadas também pelas instâncias superiores.

Para o fechamento da Unidade, seja para manutenção, reforma, ou mesmo para um simples treinamento o gestor deve solicitar autorização às devidas instâncias e caso aprovada, deve aguardar a publicação com antecedência no diário oficial do município.

Assim, qualquer iniciativa mesmo com a finalidade de melhoria do serviço deve ser discutida com a Supervisão Técnica de Área, o Conselho Gestor e a Coordenadoria Regional de Saúde (DNSMS, Abril, 2005 p. 13).

Neste sentido pode-se afirmar que o sistema continua sofrendo o processo de desconcentração. Silva (2001, p.11) define desconcentração como:

a delegação de responsabilidade sem a delegação de poder decisório, transferindo-se a responsabilidade da implementação de uma decisão central, porém sem a prerrogativa de poder modificá-la conforme a necessidade local.

Esse termo parece-nos, portanto bem apropriado para descrever a situação do gestor local.

Além das limitações de ordem prática, financeira e das ligadas à legislação municipal, existem as intersubjetividades que permeiam as relações de poder advindas da área político-partidária, como o fato de serem esses gerentes indicados, mantendo, portanto a fidelidade ao seu indicador, que via de regra está ligado a determinado partido político, que direta ou indiretamente interfere nas decisões.

A ascensão à posição de gestor das UBS não é uma ascensão de caráter meritório, mas sim, proveniente das relações de amizade e confiança mantidas com o superior hierárquico imediato, ou com as instâncias políticas superiores.

Para Silva (2001) existe uma relação estreita entre política e poder, que se situa no limite entre decidir o que fazer - campo da política- e impor essa decisão aos outros - campo do poder - Essa relação associa o exercício do poder político à "luta pelo poder", ou seja, ao conflito. A política existe em virtude de existirem conflitos entre homens e grupos sociais. A política intermedeia esses conflitos e a política pública é a única, em decorrência de sua associação com poder político, que detém o monopólio do uso da força, quando necessário, no processo de intermediação.

Maia (2000, p.124) pondera que com relação à tomada de decisão, a governabilidade quanto à gestão de talentos, no caso do gestor de Unidade Básica de Saúde, se limita ao manejo de instrumentos de controle de presença, e quanto à avaliação da capacidade dos profissionais para o trabalho específico, na detecção de necessidades de desenvolvimento. Porém, ele não define, nem como, nem quando, nem por quanto tempo estes deverão passar por treinamentos afim de melhorarem seu desempenho.

Observamos que a proposta de atribuições para o gestor de uma Unidade de Saúde da Família é mais abrangente que as do antigo chefe de setor das Unidades Básicas de Saúde. A fim de que se possa verificar tal modificação, descreveremos, a seguir, as atribuições do gestor no modelo tradicional de Unidade Básica e, em seguida, nas Unidades Mistas ou Unidades de Saúde da Família.

Descrição das Atribuições do Gestor de UBS na visão tradicional, antes do advento da Municipalização e do PSF em 2002.

-
- Propiciar a execução dos programas básicos de saúde, bem como dos programas específicos da unidade;
 - Elaborar cronogramas de férias e de outras modalidades de afastamento do trabalho, remanejando elementos da própria equipe para suprir a demanda no desempenho das atividades da unidade;
 - Conhecer, acompanhar e fazer cumprir as atribuições dos membros da equipe;
 - Manter e fazer executar a limpeza, a organização das instalações e a preservação do patrimônio, além de prestar contas deste anualmente;
 - Acompanhar e manter o registro das atividades da equipe estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde;
 - Acompanhar e avaliar o cumprimento dos tetos de produtividade programados para as UBS;
 - Enviar programação mensal de atividades desenvolvidas pela equipe multiprofissional;
 - Prestar contas de afastamentos, férias e licenças;
 - Realizar avaliação de estágio probatório dos profissionais das suas UBS;
 - Participar da formação de comissões quando necessário;
 - Viabilizar a entrega de notificações semanais e relatório de vacinas, para vigilância epidemiológica;
 - Providenciar entrega de relatório de produtividade e de planejamento familiar à estrutura hierárquica superior.

Fonte Empírica (Descrição verbal dada pelos próprios gerentes, não foi encontrado documento com tal descrição na SMS de São Paulo, encontramos atribuições da SMS de Belo Horizonte Lei 6.794 de 1994 in Maia 2002 P66).

Descrição das atribuições de um gestor de Unidade Básica de Saúde, após a implantação dos PACS e do PSF (Ano 2002).

-
- Acolher a população, garantindo-lhe acesso às ações da saúde da Unidade;
 - Capacitar e sensibilizar todos os membros das equipes e da Unidade para o cumprimento das diretrizes do PSF;
 - Fazer-se elo entre as equipes, a comunidade e os Distritos de Saúde (Supervisões Técnicas de Área e as Coordenadorias Regionais de Saúde, grifo nosso) na implementação da proposta do PSF;
 - Realizar o diagnóstico epidemiológico e social do território; juntamente com as equipes, após isto convocam a comunidade e elaboram o planejamento local, estabelecem metas e definem as prioridades, de acordo com as necessidades dos diferentes grupos sociais (moradores de áreas de risco, menores de 01 ano, crianças com “déficit” de crescimento, gestantes, idosos, pessoas com hipertensão, diabetes, fármaco-dependentes, vítimas de violência, etc.);
 - Arrolar os equipamentos sociais existentes no território (ONG's, empresas e outros serviços) como potenciais parceiros da Unidade de Saúde da Família;
 - Contribuir na execução do plano de ação da Unidade, delegando tarefas, atividades e ações, de modo a concretizar e avaliar o plano de ação, readaptando-o à realidade sempre que necessário;
 - Estimular a organização da população e estabelecer parcerias com entidades que a representam para um efetivo controle social (escolas, igrejas, etc.) e para o desenvolvimento de atividades em parcerias (Conselhos Gestores);
 - Promover e facilitar a integração entre todas as equipes;
 - Garantir a atualização contínua dos sistemas de informação (SIAB, SIA, SINAN, SISNAC), elaborando e distribuindo para as equipes e comunidade organizada relatórios de produção, indicadores de saúde e consolidado das famílias cadastradas, para avaliação do serviço e encaminhamento dos problemas da Unidade;
 - Conhecer as atribuições e promover avaliação de desempenho de cada equipe; administrar o cumprimento de horário de funcionamento da Unidade e de seus profissionais;
 - Ter liderança na condução dos trabalhos, firmada no compromisso com a proposta e com a competência técnica;
 - Propiciar periodicidade de reuniões com equipe;
 - Estimular a participação da comunidade nas reuniões dos conselhos de saúde, nas atividades do bairro e no orçamento participativo;

-
- Potencializar o serviço, por meio da otimização dos recursos, com garantia de suporte técnico-administrativo e humano;
 - Ter disponibilidade para a função e capacidade de resolução de conflitos, bem como estar integrado com níveis hierárquicos do serviço;
 - Fazer uma análise crítica periódica das atividades desenvolvidas na unidade;
 - Zelar pelo patrimônio público, envolvendo os funcionários nesse propósito;
 - Ter compromisso com o projeto institucional e com o Plano de Gestão Distrital (da Coordenação da Região de Saúde, grifo nosso);
 - Criar estratégias de comprometimento da população com a saúde.

Fonte: Documento Norteador para Implantação do PSF SMS-Julho 2002

No Documento Norteador de Abril de 2005 encontramos orientações ao gestor, compreendendo que independente da estratégia utilizada PACS/PSF ou Modelo tradicional as atribuições que lhes cabe são as mesmas. Essas orientações compreendem: responsabilidades pelo território, pelo planejamento, pela informação, pela equipe de saúde, pela comunidade, por participação em reuniões, pela equipe gerencial e pela unidade de vigilância a saúde.¹

No que diz respeito à responsabilidade pelo território o gerente deve realizar o diagnóstico epidemiológico e social do mesmo, com os profissionais de saúde e a comunidade; levantar os equipamentos sociais existentes no território, como ONG's, empresas e outros serviços, potenciais parceiros da Unidade de Saúde.

¹ Fonte: São Paulo, Prefeitura Municipal de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde, Atenção Básica, Documento Norteador: Compromisso das Unidades Básicas de Saúde com a População, São Paulo, Abril, 2005.

Quanto ao planejamento, as orientações compreendem: elaborar o planejamento local a partir do diagnóstico epidemiológico, com o estabelecimento de metas e a definição de prioridades de acordo com as necessidades dos diferentes grupos sociais (moradores de áreas de risco, menores de 01 ano, gestantes, idosos, diabéticos, fármacos-dependentes, vítimas de violência etc), estimular a participação dos profissionais na elaboração dos planos de ação.

Quanto ao quesito informação, cabe ao gerente de UBS garantir a atualização contínua dos sistemas de informação, com elaboração e distribuição, para as equipes e comunidade organizada, de relatórios de produção, indicadores de saúde e consolidado das famílias cadastradas, para a avaliação do serviço e o encaminhamento dos problemas da Unidade. Analisar e avaliar adequadamente os dados obtidos; promover a discussão dos dados, com os profissionais da Unidade objetivando o alcance das metas propostas no planejamento e divulgar as informações para o conselho Gestor e comunidade.

As responsabilidades do gestor quanto à Equipe de Saúde compreendem: capacitar e sensibilizar todos os membros das equipes e da Unidade para o cumprimento das diretrizes da atenção à saúde; ser o elo entre as equipes e a comunidade e as Supervisões de Saúde locais; promover e facilitar a integração entre todas as equipes; conhecer as atribuições e promover a avaliação de desempenho individual e das equipes

e administrar o cumprimento de horário de funcionamento da Unidade e de seus profissionais.

No tocante à comunidade, espera-se que o gestor possa estimular a organização da população e estabelecer parcerias com entidades que a representam, para um efetivo controle social (escolas, igrejas etc) e desenvolvimento de atividades em parceria (Conselhos gestores); estimular a participação da comunidade nas reuniões dos conselhos de Saúde, nas atividades do bairro e no Orçamento Participativo.

Quanto à participação em reuniões, essas se referem aos diferentes segmentos, ou seja: com profissionais da Unidade/Equipes de PACS/PSF; com a comunidade, conselho gestor e movimentos populares; com as Coordenadorias de Saúde, supervisores de área e a Secretaria Municipal de Saúde.

Quanto à Equipe Gerencial é de responsabilidade do gestor formar com os profissionais técnicos da Unidade um grupo gerencial, que o auxilia nas tomadas de decisão.

Finalmente, cabe-lhe gerenciar a Unidade de Vigilância a Saúde, sendo de sua esfera de competência promover a articulação geral entre as equipes, as outras Unidades e o sistema de uma maneira geral, garantindo as ações do setor.

Como podemos verificar, comparando a diferença nas atribuições dos gestores antes e depois da implantação da estratégia saúde da família, no primeiro caso, o gerente atua como um mero chefe de seção do departamento pessoal, se atém a atividades exclusivamente de ordem burocrática, exercendo um papel controlador e centralizador, sua visão é limitada e predominantemente voltada para o intramuros.

No segundo caso, fica evidente a mudança quanto ao modelo de gestão que passa a descrever atribuições que possibilitam a interação e a participação dos funcionários e da comunidade no levantamento das necessidades da população da área de abrangência e planejamento das ações para sanarem ou minorarem tais necessidades. Enfoca o papel do gestor como o que prepara, orienta, estimula e negocia, demonstrando a importância da liderança de equipes. A visão do gestor deve ser mais abrangente, suas atribuições extrapolam os limites da Unidade, privilegiando o que é determinado pelo chamado Modelo Sistêmico Aberto de Gestão.

O Modelo Sistêmico Aberto, busca a interdisciplinaridade, a interação sinérgica e o intercâmbio contínuo com o ambiente, sustenta o processo de aprendizagem e retroalimentação, nada é “estanque” as modificações ocorrem segundo a necessidade de aprimoramento ou revisão dos processos (Bertalanffy, 1973).

Segundo Melo (2001, p. 17), as instituições públicas de saúde não favorecem as inovações. A baixa descentralização, a desarticulação do processo de gestão existente, bem como a falta de profissionalização dos

gestores são alguns dos fatores que merecem ser apontados como empecilhos às modificações almejadas.

Para que atinja o grau necessário de mudanças em uma dada realidade local, a experiência tem mostrado que é imprescindível desenvolver a capacidade de coordenar os recursos disponíveis, setoriais ou extra-setoriais, no âmbito do sistema local de saúde, entendido como

um conjunto de recursos de saúde inter-relacionados e organizados mediante um critério geográfico-populacional, desenhados a partir das necessidades da população. Essas necessidades precisam ser bem definidas em termos de riscos, para que os serviços assumam a responsabilidade da atenção aos indivíduos, às famílias, aos grupos sociais e ao ambiente (Peduzzi e Ciampone, 2002).

Novas estratégias requerem novos olhares por parte dos gestores, que necessitam, assim, desenvolver competências para gerir com eficiência. S. Filho, Madureira, Teles, apud Deluiz, 2001, consideram as competências humanas contextualizadas, historicamente definidas, individual e coletivamente constituídas. Enfatizam a construção de competências para a autonomia, para a emancipação de relações de trabalho não alienadas, para a compreensão do mundo e para a sua transformação.

O que referenda a lógica e a ação nas decisões gerencias na esfera pública são os movimentos do pensamento político. Note-se que estes sempre representaram o que lhes é contemporâneo e derivaram de todo o arcabouço de valores e dos diferentes contextos que permearam as relações entre os sujeitos dentro da estrutura social.

Promover saúde implica conhecer as condições de vida e de trabalho na sociedade, para que seja possível intervir na sua transformação. Essas premissas norteiam a postura de se considerar os diferentes cenários onde as comunidades se inserem e compreender o gerenciamento de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde dentro de um contexto maior, ou seja, isso implica reconhecer as condições sócio-econômicas, políticas e culturais que levam determinada população a adoecer e, assim, propor modelos assistenciais e gerenciais adequados a cada cenário.

Segundo o paradigma materialista, a gerência é um instrumento para efetivação de políticas; desse modo, é ao mesmo tempo determinante do contexto em que se insere e determinada pelos diferentes sujeitos sociais, tendo como pressupostos as práticas sociais e de saúde (Felli, 2002).

Nesse sentido, apreende-se que os estudiosos identificam a coexistência de dois modelos de gestão operantes nos serviços de saúde: um, em que predominam as regras de mercado e outro, em que predominam os interesses coletivos (Campos, 1994).

O gestor local, portanto, enfrenta o desafio de responder aos anseios da comunidade utilizando-se dos recursos disponíveis; dessa maneira, faz-se imprescindível que disponha de um arcabouço de conhecimentos, habilidades e atitudes, a fim de otimizar e maximizar tais recursos, realizando parcerias, negociando propostas e trabalhando com a equipe e a comunidade o exercício da cidadania.

Impõe-se, dessa maneira, um novo paradigma de gestão, e, nessa perspectiva, a visão ampliada de saúde, demanda novos modelos de gestão. Novos modelos exigem novos gestores, com novas competências.

Isto posto, a finalidade da presente investigação é conhecer a percepção dos profissionais que exercem a gestão acerca das competências necessárias à operacionalização dessas novas práticas nas Unidades Básicas de Saúde, que privilegiam o coletivo e o trabalho participativo.

2 Objetivos da Pesquisa

OBJETIVO GERAL

- Conhecer o perfil de competências dos atuais gestores das Unidades Básicas de Saúde do Município de São Paulo e analisar se essas competências favorecem ou não a implementação dos novos modelos assistenciais e gerenciais que contemplam as estratégias que lhe são inerentes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar na percepção dos atuais gestores quais são as competências para a gestão das UBS.
- Problematizar se a formação e o preparo específico destes gestores influenciam no modo de operacionalização das estratégias e na dinâmica das equipes envolvidas nos serviços.
- Subsidiar dados para um perfil de competências gerenciais compatíveis com os novos modelos de gestão em saúde.

3 Referencial Teórico

A revolução industrial no início do século XX trouxe o crescimento acelerado das empresas. O processo produtivo se deu de maneira improvisada, porém conforme foi surgindo a necessidade de aumentar a eficiência e de fazer frente à competição entre as empresas, Frederick Taylor primeiramente e depois Henri Fayol começam a desenvolver princípios que visavam organizar e otimizar o serviço. Esse período é conhecido como o da Abordagem Clássica da Administração.

Os princípios de Frederick Taylor, também chamado de Modelo de Metas Racionais ou o Modelo Científico, que ocorreu entre 1900 e 1925, foram aplicados ao processo produtivo, norteado por quatro diretrizes gerais: o desenvolvimento de uma ciência para cada função; a seleção dos trabalhadores de maneira sistemática, adequando-os e treinando-os de maneira eficaz; o oferecimento de incentivos para obter a adesão aos princípios da ciência desenvolvida, oferecendo apoio, planejando minuciosamente o trabalho e a execução de cada tarefa (Quinn, Faerman, Thompson, MacGrath, 2004).

Uma das críticas mais veementes à Administração Científica diz respeito à “robotização” do homem quando determina funções específicas a cada operário que não conhecendo todo o processo de trabalho tem uma visão segmentada, repetindo continuamente as mesmas ações sem compreender como elas se encaixam no produto final.

Henri Fayol, engenheiro francês contemporâneo de Taylor, concentrava-se nos princípios gerais da gerência. Enfocava a divisão do trabalho, a autoridade, a disciplina, a unidade de comando, a unidade de direção, a subordinação do interesse particular ao interesse geral, a remuneração pessoal, a centralização, a hierarquia, a ordem, a equidade, a estabilidade de pessoal, a iniciativa e o espírito de equipe (Quinn, Faerman, Thompson, MacGrath, 2004).

Seus princípios também são conhecidos como o da Teoria Clássica da Administração (Chiavenatto, 1996).

Entre 1926 e 1950 surge o Modelo das Relações Humanas. O psicólogo social George Elton Mayo realizou estudos em Hawthorne entre 1924 e 1932 que alavancaram o paradigma que concebe a organização como um sistema social e não como uma máquina; além disso, vislumbra o humano como um ser total. Destas reflexões resultaram os conceitos de organização informal, controle por resultados, liderança e gerência participativa.

De 1951 a 1975 emerge o Modelo de Sistemas Abertos, em que a organização se deparava com a necessidade de funcionar num ambiente ambíguo e competitivo, considerando como critérios básicos de eficácia organizacional a adaptabilidade e o apoio externo.

Os processos fundamentais são a adaptação política, a resolução criativa de problemas, a inovação e o gerenciamento da mudança; a

organização tem uma atmosfera inovadora e envolve mais uma "adhocracia" que uma burocracia (Quinn, Faerman, Thompson, MacGrath, 2004, p. 9).

Da década de 80 até hoje ocorre a emergência de premissas inclusivas, e fica evidente a necessidade de se enxergar os modelos como elementos de uma matriz mais vasta para orientar os gerentes.

Na atualidade a alta competitividade financeira, a concentração de capitais e as mega-fusões empresariais representam um cenário de crise estrutural do capitalismo e, as pequenas empresas acabam dando espaço às grandes corporações; surgem novas propostas.

O modelo matricial propõe organogramas mais horizontalizados, trazendo as lideranças para mais perto dos seus colaboradores com a finalidade de agilizar a troca de informações, otimizar a implementação de mudanças e diminuir falhas e, conseqüentemente, diminuindo gastos desnecessários. Demanda a construção de equipes com conhecimentos, habilidades e atitudes que possibilitem o trabalho sinérgico, ou seja, que some os potenciais de cada um, melhorando as condições gerais para a resolução efetiva de problemas.

O conceito de células atomizadas, com recursos e autoridade para planejar e decidir caracteriza o modelo holográfico, utilizado por "Holdings", grandes companhias compostas por várias unidades, trabalhando de maneira autônoma, porém com objetivos comuns.

Começa nesse momento a ser trabalhado de maneira mais intensa o Modelo das Competências Profissionais e Gestão de Competências, onde a formação específica deixa de ser tão importante, pois o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes de determinado colaborador passa a ser o foco de atenção do antigo Gestor de Recursos Humanos, agora denominado de Gestor de Talentos.

Prahalad e Hamel (1990) introduziram as primeiras discussões sobre o tema no que tange a área da administração, que passa a ser aprofundado e discutido por diversos autores.

Ao falarmos de Saúde Pública e de modelos de gestão prevalentes no Brasil, verificamos que em relação às outras áreas ligadas a produção de bens e serviços, o atraso é muito grande e que muitas instituições ainda utilizam o Modelo Fayolista.

Picchiai (1999, p. 12) afirma, em relação a Fayol, que:

Seus princípios de administração são muito normativos e prescritivos e, segundo alguns críticos, carecem de comprovação científica. Mas também é certo que esses princípios são aplicados nos hospitais e sistemas de saúde implícita e explicitamente até os dias de hoje.

Numa retrospectiva histórica, falando sobre capacitação gerencial, começamos com o “Método CENDES/OPAS” de Planejamento desenvolvido por meio da cooperação entre o Centro Nacional de Desenvolvimento (CENDES) da Universidade Central da Venezuela e da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), que teve origem na década de 60. Aparece

como primeiro passo em direção à profissionalização da gestão em saúde pública na América Latina nessa perspectiva privilegiava-se a "cientificidade" e a "casualidade", pois não se levava em consideração o contexto social e seus conflitos, atendo-se à eficiência na aplicação dos recursos.

Em 1975, o Centro Pan Americano de Planejamento critica a forma tradicional de planejamento e aponta a necessidade de avaliação do contexto político, social e econômico em que os sistemas de saúde se inseriam.

Os pensamentos de Mario Testa, Carlos Matus e de estudiosos da Escola de Medellin (Rivera, 1992) surgem posteriormente trazendo os conceitos do Pensamento Estratégico em Saúde, do Planejamento Estratégico Situacional e do Enfoque Estratégico.

O Pensamento Estratégico Setorial conforme formulado por Testa fala sobre a importância de se levar em consideração que nos países capitalistas dependentes, a eficácia do plano dependerá do seu desenho estratégico e que a planificação tem três grandes propósitos: crescimento ou reprodução, mudança e legitimidade. O diagnóstico é didaticamente dividido em três aspectos: o administrativo, o estratégico e o ideológico.

O diagnóstico administrativo consiste na avaliação da produtividade (eficácia e eficiência). No diagnóstico estratégico onde a chave de avaliação é o poder, refere ainda que no nível de serviços o poder está disperso em núcleos de micropoder. Nesta etapa ressalta-se a importância da avaliação

do pólo dominante, da composição das classes, suas frações e formas de articulação.

O diagnóstico ideológico deve ser feito na dimensão do setor em si e da sociedade, e tem como finalidade a legitimação da proposta de saúde e do sistema que a propõe (Testa 1981, p.60-71 in Rivera).

Para Matus (2001) o Planejamento Estratégico Situacional é uma forma da gerência se organizar para a ação e, cada ação pressupõe definir um responsável pela sua execução, controle e avaliação.

Consiste em uma opção de organização global, distribuindo funções, responsabilidades e, alocando recursos privilegia necessariamente a ação na dimensão política e social.

O autor fala da importância de se trabalhar com diferentes cenários, lembrando que nem sempre o planejado sai conforme o esperado, e que a vida social é dinâmica. Assim deve ser analisada dentro do contexto e do momento presente, todos os atores envolvidos no processo devem ser considerados e o centro do jogo é o campo político, econômico e social.

No Enfoque Estratégico, Rivera fala sobre a desigualdade social e a importância de se analisar as necessidades de saúde através do critério de condições de vida. Usa o termo “postergados” para se referir aos indivíduos ou grupos deixados à margem em decorrência da desigual distribuição de renda. Relata que os indicadores sociais, econômicos e de saúde devem ser avaliados em busca dos grupos que se situam em determinado espaço

geográfico e seu acesso aos serviços de saúde. A programação de Saúde é, portanto, definida a partir da priorização das ações a serem trabalhadas com esses grupos.

Apesar dos estudos e dos conceitos acima referidos terem evoluído, as pesquisas a respeito da gestão em saúde pública, especificamente em nível local, demonstram que pouco se caminhou sob o ponto de vista prático. Maia (2000), Mendes (2000), Silva (2001), Silveira (2004).

O processo de desenvolvimento de competências para a gestão.

No serviço público, o gestor, para poder liderar a prestação do serviço à comunidade com eficiência, deve conhecer a realidade e as necessidades locais. Observe-se que a tensão que aí se instaura decorre da necessidade de padronizar certos elementos e, ao mesmo tempo, de levar em conta as especificidades de cada região (Simões, 2003, p. 26).

As necessidades podem ser acessadas através dos Sistemas de Informação, provenientes do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde e levantamentos locais atualizados mensalmente quando das visitas domiciliares às famílias das áreas adscritas, pelas equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF) e também com os informes trazidos pela comunidade nas reuniões com os membros do Conselho Gestor da Unidade (Castro 2003).

No tocante ao gerente de UBS o "Documento Norteador", refere ser ele, o profissional essencial para o desenvolvimento do processo de trabalho, que tem por função precípua a articulação e a integração, transformando a realidade local, atuando nas necessidades da população (SMS, Abril de 2005, p. 9).

Melo (2001, p. 77-78), ao discutir as "novas" formas de gestão em saúde, levando em conta o parecer de diversos autores brasileiros e latino-americanos, pontua que a gestão descentralizada e democrática é ainda, uma proposta inovadora. Para a autora, a divisão do poder e a participação ativa dos diversos sujeitos envolvidos no processo de planejamento, a autonomia das equipes, a negociação entre governo, trabalhadores e clientes devem ser a base do autogoverno da saúde em cada espaço definido.

Enfocando o gestor, é necessário ressaltar que os conhecimentos e habilidades requeridos para esse profissional passam pelas extensões técnicas, administrativas, políticas, éticas e psicossociais (Junqueira, 1992, p. 86). Para Zarifian (1999, p. 34), o gestor toma a iniciativa e responsabiliza-se tanto pelo individual quanto pelo grupal, nas diferentes situações profissionais.

Há de se refletir sobre que conhecimentos, habilidades e atitudes devem ser desenvolvidos pelo gestor para o enfoque grupal, considerando que o conjunto de pessoas envolvidas em cada processo é que levará por

meio da sinergia e da complementaridade ao sucesso ou ao fracasso de determinado projeto.

Simões (2003), ao tratar da gestão estratégica nas organizações públicas de saúde, utiliza-se dos conceitos da gestão de maneira abrangente, entendendo serem eles plenamente aplicáveis, ao serviço público ou ao privado.

A autora menciona os instrumentos estratégicos fundamentais ao processo de gestão, como a definição da missão, a análise dos processos, o plano de ação, a elaboração de políticas e a avaliação contínua; refere-se ainda à carência de capacitação gerencial, sendo isto um fator que dificulta a melhoria de qualidade.

Lazzarotto (2001), em sua dissertação de mestrado intitulada Competências Essenciais Requeridas para a Gestão de Unidades Básicas de Saúde, enfocou a atuação dos gerentes enfermeiros, utilizando em sua coleta de dados questionários com itens que representavam diferentes paradigmas da gestão.

Buscou captar especificamente para essa categoria quais eram os conhecimentos, habilidades e atitudes percebidos como importantes para os profissionais atuarem nessa função..

Em 1990, Kon (1997) fala sobre o processo de desenvolvimento gerencial, ocorrido a partir do desdobramento das atividades de apoio da Cooperação Italiana para a implantação dos distritos sanitários na Bahia.

Relata que a Secretaria Municipal de Saúde e a Cooperação Italiana em Saúde no Brasil, com a participação de técnicos da Secretaria no Curso de Gerência de Sistemas Locais de Saúde (Silos) realizaram os primeiros contatos com a Associazione per la Solidarietà fra i Popoli (AISPO), Ministério da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Universidade de São Paulo e Secretaria de Estado da Saúde da Bahia, em Salvador, buscando parceria para a capacitação de gestores.

A Secretaria Municipal da Saúde em janeiro de 1991 assinou uma Carta de Intenções da Cooperação Italiana em São Paulo. Naquela oportunidade optou-se pelo desenvolvimento da consultoria em dois Distritos de Saúde: DS de Itaquera e DS do Campo Limpo.

O Centro de Organização da Atenção à Saúde (COAS), Centro de Epidemiologia Pesquisa e Informação (CEPI) e Centro de Formação dos Trabalhadores (CEFOR), seriam os coordenadores do processo e viabilizariam a sua difusão para os demais distritos.

Foram definidas áreas temáticas a serem desenvolvidas por meio de oficinas, gerando metas a serem cumpridas pelas equipes distritais, que forneceriam material de trabalho para as seguintes.

Os temas foram: Territorialização, Sistema de Informação Local, Planejamento e Programação Local de Saúde (PPLS), Programação e Alocação de Recursos, Vigilância à saúde, Organização e Avaliação dos Serviços.

Kon (1997) enfatiza que os maiores problemas encontrados para a implementação adequada da metodologia de estudo proposta foram: precária estrutura de informática existente quanto a equipamentos e profissionais habilitados, dificuldades de integrar os processos de levantamento de dados entre as Unidades Básicas de Saúde Municipais e os Centros de Saúde do Estado.

Ainda relata os problemas quanto a dificuldade de definição de microáreas em zonas semi-rurais, a fragilidade do instrumental utilizado na captação de problemas relacionados à violência, à saúde mental e à saúde bucal.

É importante ressaltar que naquela oportunidade não existiam Agentes Comunitários de Saúde que pudessem ir às áreas colher dados reais. Portanto, estes eram baseados em estimativas e curvas de tendência. Isto explica a deficiência citada quanto à pequena capacidade de identificar grupos populacionais mais circunscritos como alvo de intervenção.

Quando relata as dificuldades encontradas nas UBS após sensibilização, oficinas e orientação das equipes enfatiza a grande desmobilização e o sentimento de insatisfação dos funcionários, que foram trabalhados por meio de discussões tematizadas.

As questões levantadas foram: a dificuldade em conseguir a adesão de um maior número de funcionários, as dificuldades com a manipulação da metodologia, as dúvidas quanto à validade científica de informações e métodos, a pequena participação popular, a insuficiente atenção aos

problemas da "rotina" das unidades, a postura às vezes impositiva dos assessores e o questionamento quanto à sua capacitação, a desconfiança quanto à capacidade do DS de viabilizar os recursos e as mudanças necessárias.

Em 1997 surge o Projeto GERUS (Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde - SUS) em parceria com a OPAS (Organização Pan-americana de Saúde), com a OMS (Organização Mundial de Saúde) e com uma Equipe Técnica composta por técnicos da OPAS, do Instituto de Medicina Social do Rio de Janeiro, do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará, da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e da Fundação Nacional de Saúde / Ministério da Saúde.

Segundo a equipe técnica do Ministério da Saúde, que coordenou o projeto este curso surgiu devido ao reconhecimento da baixa capacidade gerencial do serviço público, e uma imensa defasagem entre oferta e demanda por oportunidades de capacitação (Santana org, 1997, p. VII).

A operacionalização do projeto constou da fase de desenvolvimento metodológico, da elaboração de um currículo de curso de especialização, da preparação de monitores e da preparação do material institucional. Posteriormente foi implementado em algumas secretarias, o que resultou na revisão e aperfeiçoamento do curso e, finalmente, a implementação em escala nacional.

Os monitores foram formados para reproduzir o curso em seus respectivos distritos para os gerentes das Unidades Básicas que o compunham.

A Capacitação técnica e pedagógica dos monitores ocorreu em duas etapas:

- 1) Capacitação Técnica, que constou de 03 oficinas de 40 horas, intercaladas por uma ou duas semanas (Unidade I – Avaliação; Unidade II – Reorganização de Serviços de Saúde; e Unidade III – Operação de Unidade de Saúde).
- 2) Capacitação Pedagógica, com duração de 72 horas, englobando duas Unidades didáticas, que devem ser realizadas em seqüência imediata (Unidade I – O Trabalho Pedagógico do Monitor: Reflexão Crítica e, Unidade II – A Condução do Processo Pedagógico);

Os Monitores ficaram responsáveis por repassar aos gerentes de UBS de cada distrito o conteúdo do curso, com um total de 450 horas.

O programa é composto por três unidades didáticas contendo cada uma o propósito e os objetivos, a seqüência de atividades, os exercícios, os roteiros de apoio, os elementos para avaliação e os textos de apoio.

A Unidade I, denominada Unidade de Avaliação, é composta de exercícios quanto ao estudo do Perfil Epidemiológico da Área de Abrangência da Unidade Básica de Saúde, da sua infra-estrutura, dos

recursos humanos, dos recursos financeiros, das instalações físicas, dos equipamentos, dos materiais de consumo, dos medicamentos e imunobiológicos, das normas e dos procedimentos e do estudo da produção.

A Unidade II, Reorganização de Serviços de Saúde, tem como objetivos: contextualizar historicamente a Unidade de Saúde, definir a base territorial da mesma, configurar um sistema de informação adequado ao processo decisório, considerando o sistema existente, identificar e descrever os problemas de saúde existentes na base territorial da Unidade, formular explicações para os problemas identificados, identificar, a partir da explicação dos problemas, os nós críticos para o seu funcionamento, desenhar operações (ações, atividades e projetos) capazes de produzir impacto sobre os problemas, identificar ações a serem desencadeadas visando à construção de viabilidade para a implementação das operações, analisar o processo de trabalho na Unidade de Saúde visando à reorganização de suas práticas, de forma a alcançar os objetivos decorrentes do processo de programação.

A Unidade III, Operação da Unidade de Saúde, tem como objetivos: identificar e analisar a negociação como instrumento da gerência em serviços de saúde, ressaltando a sua utilidade no processo de construção de viabilidade da Programação da Unidade de Saúde, analisar as formas de condução do processo de trabalho e de controle de resultados do processo produtivo, segundo os enfoques da gerência tradicional e da gerência flexível, identificar e analisar as medidas necessárias para o provimento de

recursos humanos (quantidade, qualificação e disponibilidade), tendo em vista o processo de trabalho direcionado à implementação da Programação em Saúde, discutir e analisar práticas gerenciais que possam conduzir à melhoria contínua da qualidade na prestação de serviços oferecidos pela Unidade de Saúde.

Os textos de apoio contemplaram os seguintes temas: - Estudo da Acessibilidade na Avaliação dos Serviços de Saúde, Condição Marcadora e Evento Sentinela na Avaliação de Serviços de Saúde, Os determinantes das condições de Saúde, Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de Transição Democrática - Anos 80, Território: Conceito Chave do Distrito Sanitário, Bases Conceituais e Metodológicos do Planejamento em Saúde, A Divisão do Trabalho, O Trabalho em Serviços de Saúde, A Negociação como Instrumento de Gerência nos Serviços de Saúde, Administração Flexível: uma Introdução às Novas Filosofias de Gestão, Atribuições do Sistema de Administração de Pessoal: Instrumentos e Procedimentos, A Gestão do Trabalho nos Estabelecimentos de Saúde: Elementos para uma Proposta, A Gerência dos Meios de Produção na Unidade da Rede Básica de Saúde: um Enfoque Integrado da Administração de Materiais, Serviços Gerais e Orçamentária-Financeira, Administração Estratégica em Unidades de Saúde, O Decálogo do Antiexecutivo Governamental.

Em 1998, no XIV Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde de Goiânia cujo tema foi: Descentralização: Gestão Local Construindo Municípios Saudáveis, o coordenador da Equipe Técnica do

projeto GERUS faz a avaliação da implementação do mesmo e analisa os fatores limitantes encontrados no processo.

Nesse processo de avaliação cita as resistências culturais, a aspiração por soluções mágicas, a descaracterização das atuais UBS, a baixa prioridade para a organização e a consolidação de estrutura operacional adequada para a rede básica de saúde, dificuldade de manutenção dos objetivos na transição de governos, locais sem estruturas organizacionais e até sem os respectivos gerentes (Relatório do XIV Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, p. 142-143).

Segundo Chiesa et al (2001) o Projeto GERUS (Formação dos Gerentes de Unidades Básicas de Saúde) não contemplou os processos de trabalho do Programa de Saúde da Família e nem mesmo as informações mais detalhadas sobre as condições de vida e saúde da população adscrita.

As autoras referem, também, a limitação de instrumentos no Programa de Saúde da Família que permitissem aos gerentes fazerem uso dessas informações no planejamento voltado às necessidades dos grupos sociais do seu território.

Referem, ainda, ações que foram tomadas para preencher essas lacunas no grupo de articulação GERUS/PSF em 2001, e relatam terem sido desenvolvidos indicadores que possibilitariam ajudar no levantamento epidemiológico das regiões e mapear as áreas onde se concentram as famílias mais vulneráveis.

Os indicadores desenvolvidos foram os seguintes: 1) Inserção social: propriedade do domicílio; escolaridade do chefe; situação do chefe no trabalho; 2) Qualidade do domicílio: tipo de construção; aglomeração; energia elétrica; destino do lixo; abastecimento e tratamento da água; conexão à rede de esgoto; 3) Inserção na Comunidade: participação em associação de bairros; grupos religiosos; associações sindicais.

Tais indicadores constam do programa SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) disponível no site <http://www.Datasus.gov.br/siab/siab.htm> do Ministério da Saúde.

Maia (2000) analisa no seu trabalho sobre "O Gerenciamento como Estratégia de Implementação da Assistência nas Unidades Básicas de Saúde: no Distrito Sanitário Oeste-Belo Horizonte" que apesar de todos os gestores terem passado pela capacitação do GERUS e por treinamentos específicos sob a forma de oficinas realizadas em parceria com a Organização Pan Americana de Saúde, o estudo confirma que:

O gerente não exerce a sua função no Centro de Saúde, no escopo da dimensão das responsabilidades assumidas pelos distritos Sanitários decorrentes da Municipalização e da adoção de um novo modelo de organização da assistência, faltando-lhe, fundamentalmente, liberdade de intervenção... O que se apresentou, como característica principal da prática cotidiana dos gerentes, foi o desenvolvimento de ações burocráticas voltadas ao cumprimento das normas estabelecidas para a organização e o controle do trabalho... O seu trabalho cotidiano reflete as restrições do seu exercício no que refere ao poder político, técnico e administrativo para definir projetos, propor mecanismos de intervenção, manejar os recursos existentes e os potenciais incluindo Recursos Humanos.

Silva (2001) relata também que o gestor se vê envolvido com as "demandas do cotidiano" e, as dificuldades verificadas para a implementação das propostas de municipalização foram: a descontinuidade dos processos de mudança, a cultura das organizações e o perfil dos recursos humanos que atuam na rede de saúde.

Bertussi (1996) ao avaliar a implementação do GERUS na SMS de Curitiba refere que ocorreram momentos de tensão em função da diferença de pontos de vista ou de valores entre os atores envolvidos no processo, mas complementa relacionando os pontos positivos encontrados:

Entende-se que as experiências de implantação do Projeto GERUS demonstraram que, apesar das dificuldades que vêm sendo encontradas na efetivação do SUS, a capacitação gerencial pode contribuir para a potencialização do processo de reorganização dos serviços de saúde, na perspectiva de garantir aumento de cobertura, impacto das ações e satisfação dos usuários (Bertussi et al., 1996a).

Esta autora relata na sua Dissertação de Mestrado que se propôs a avaliar todo o processo da implementação do GERUS em seu município e, que desde o primeiro instante ocorreu a total adesão de todos os escalões da SMS ao projeto inclusive dos gerentes de Ambulatórios de Especialidades e Hospitais da rede.

A parceria se deu como nos outros municípios entre a OPAS/SMS/ e uma universidade que certificaria o curso de especialização. Neste caso em particular, com a Pontifícia Universidade Católica que fez uma adaptação do

curso para coaduná-lo com a organização dessa universidade, calcada no ensino tradicional, com currículos aprovados por disciplinas.

Assim o curso foi organizado em três disciplinas:

- 1) Epidemiologia: correspondente à Unidade Didática I – Avaliação;
- 2) Planejamento e Gerência: correspondente à Unidade Didática II e III – Reorganização de Serviços de Saúde e Operação da Unidade de Saúde;
- 3) Metodologia do Trabalho Científico: disciplina necessária para certificação em cursos de especialização.

Assim, a Grade Curricular em função da modificação realizada foi reorganizada do seguinte modo:

Figura 6 Grade Curricular do Curso de Especialização em Saúde Coletiva na área de concentração em Gerência de Saúde

PROJETO GERUS						PUC	
SEQÜÊNCIA	CONCEITO-CHAVE	CARGA HORÁRIA			ELEMENTOS DE AVALIAÇÃO	CONTEÚDO PROGRAMÁTICO	CARGA HORÁRIA
		C*	D**	T**			
1	Perfil epidemiológico	46	32	46	1	1. A construção social do corpo 2. Fundamentos de epidemiologia 3. Epidemiologia crítica e clínica 4. Movimentos sociais urbanos	06 12 12 16
2	Intra-estrutura	20	10	30	2	1. Ciência e tecnologia aplicada à produção de bens de saúde 2. Coleta de dados, sistematização, análise da infra-estrutura	8 22
3	Acessibilidade	26	20	46	1	1. Biologia e cultura 2. Conceitos de representações sociais da saúde e de doença 3. Práticas de cura e manipulação simbólica 4. Epidemiologia crítica e clínica 5. Epidemiologia aplicada em planejamento de serviços de saúde	08 12 08 02 10 06
4	Impacto	20	14	34	1	1. Vigilância epidemiológica	34
5	Avaliação	28	-	28	-	1. Estudo, sociedade e políticas sociais 2. Determinação social do processo saúde-doença 3. Políticas de saúde no Brasil e análise internacional comparada 4. Regimes de transição e políticas de saúde 5. Epidemiologia aplicada ao planejamento e à gestão de serviços de saúde	04 08 04 04 08
Sub-total		108	76	184			184

Fonte: Coordenação de Desenvolvimento de Pessoal / Centro de Educação em Saúde / SMC

C* Concentração ; D** - Dispersão ; T** - Total

Fonte: Bertussi (1996)

Ressalta-se que este foi o único trabalho que demonstrou mudança de comportamento dos gestores após a capacitação, pois os outros estudos não constataram tal fato.

A única variável citada por Bertussi que nos chamou a atenção com relação ao demais trabalhos foi que a alta cúpula da referida SMS estava

diretamente engajada no processo, inclusive participando das aulas e isso estimulava a participação dos gestores.

Em função do exposto, sinalizamos que o momento atual exige profissionalização da gestão. Podemos constatar que além dos Programas de capacitação já mencionados, muitos cursos têm sido criados para atender às demandas existentes na área, Eles se constituem nas modalidades de cursos de pós-graduação *sensu* existentes em algumas Universidades brasileiras. Realizamos então uma busca na “internet” dos conteúdos programáticos relativos a cada um desses cursos. (**Anexo 10**)

Os objetivos foram observar o que eles possuem em comum, quais são as disciplinas ministradas e problematizar, após nossa coleta de dados, se a visão dos gestores sobre quais são os conhecimentos necessários ao gestor atendem ao que é proposto pelos autores estudados e pelas instituições formadoras destes profissionais e, se o desenvolvimento de habilidades e atitudes pertinentes poderiam ser subsidiados pelos conhecimentos adquiridos.

Robert E. Quinn, Sue R. Faerman, Michael P. Thompson e Michael Macgrath (2003), em *Competências Gerenciais - Princípios e Aplicações*, estudam as competências exigidas dos gestores de maneira geral, sem entrar no mérito da categoria à qual pertencem. Embora apoiados numa visão positivista, que atende à lógica do mercado, utilizam em seu construto teórico o sistema de competências gerenciais, que também pode ser útil para a análise dos dados empíricos da pesquisa por nós desenvolvida.

A título de ilustração, inserimos a seguir uma das figuras que expressam essa idéia de competências gerenciais defendida pelos autores citados.

Figura 7 - As competências e papéis dos líderes no quadro de valores competitivos

Fonte: R. E. Quinn. Beyond Rational Management. San Francisco: Jossey-Bass, 1988, p.48.

Os autores descrevem as competências requeridas dos gestores em face dos diferentes modelos de gestão e afirmam não existir modelo ideal, mas sim a oportunidade de lançar mão de diferentes competências em diferentes ocasiões. Pretendemos elaborar um estudo utilizando uma amostra que englobe gestores das mais diversas formações pois na área em que iremos realizar a pesquisa o grupo de gerentes é composto por: psicólogas, dentistas, assistentes sociais, médicos, fonoaudiólogas e enfermeiros. Os pressupostos deste grupo de autores, por serem mais abrangentes e poderem ser aplicados a qualquer tipo de empresa prestadora de serviços, podem também nos ajudar neste intento.

Duzentas e cinquenta competências foram propostas por Quinn (2004, p.25) a gestores e estudiosos com grande experiência e conhecimentos na área; desta lista foram retiradas as vinte e quatro mais citadas, que se encontram na **Figura 8**.

Figura 8- Os oito papéis de liderança gerencial e as respectivas competências-chave

Papel de Mentor	<ol style="list-style-type: none"> 1.Compreensão de si mesmo e dos outros 2.Comunicação eficaz 3.Desenvolvimento dos empregados
Papel de Facilitador	<ol style="list-style-type: none"> 1.Construção de equipes 2.Uso do processo decisório participativo 3.Administração de conflitos
Papel de Monitor	<ol style="list-style-type: none"> 1.Monitoramento do desempenho individual 2.Gerenciamento do desempenho e dos processos coletivos 3.Análise de informações com pensamento crítico
Papel de coordenador	<ol style="list-style-type: none"> 1.Gerenciamento de Projetos 2.Planejamento do Trabalho 3.Gerenciamento Multidisciplinar
Papel de diretor	<ol style="list-style-type: none"> 1.Desenvolvimento e comunicação de uma visão 2.Estabelecimento de metas e objetivos 3.Planejamento e Organização
Papel de produtor	<ol style="list-style-type: none"> 1.Trabalho produtivo 2.Fomento de um ambiente de trabalho produtivo 3.Gerenciamento do tempo e do estresse
Papel de negociador	<ol style="list-style-type: none"> 1.Construção e manutenção de uma boa base de poder 2.Negociação de acordos e compromissos 3.Apresentação de idéias
Papel de Inovador	<ol style="list-style-type: none"> 1.Convívio com a mudança 2.Pensamento criativo 3.Gerenciamento da mudança

Segundo Robert E. Quinn, Sue R. Faerman, Michael P. Thompson e Michael Macgrath (2003), as 24 competências estão inseridas dentro dos diferentes modelos e dos papéis assumidos pelos gestores e envolvem a mobilização dos seguintes conhecimentos, habilidades e atitudes:

O gestor deve discutir com os colaboradores qual a razão de ser da organização (missão, visão, valores), qual a filosofia organizacional, ter e deixar claro o que se busca e como se pretende realizar para alcançar tais objetivos, definir, com a equipe, qual a melhor maneira para alcançar as metas desejadas. (O que fazer? Como fazer? Quem fará? Em quanto tempo? Quais os recursos necessários?).

O gestor imprime ao trabalho a sua marca, impulsionando a equipe por meio de seu próprio trabalho; o líder faz e é acompanhado, ou seja, torna-se modelo a ser seguido. O trabalho desafiador é colocado como motivador para o desenvolvimento; as recompensas são proporcionais às contribuições.

O gerenciamento do tempo e do estresse são essenciais, uma vez que os fatores tempo e estresse afetam a saúde física e mental e são responsáveis pelos problemas no desempenho individual e grupal.

Cabe também ao gerente esclarecer os valores e a visão norteadora da cultura local e propiciar condições de “empoderamento” dos seus subordinados, delegando poder e transmitindo confiança.

A avaliação de desempenho é uma ferramenta que possibilita o levantamento dos pontos a melhorar, a discussão dos meios necessários para atingir as propostas de desenvolvimento e o "feedback" contínuo para o empregado e sua utilização na prática diária é essencial para a gestão de talentos.

Para que as ações sejam adequadamente planejadas o gestor necessita ter visão global, incluindo a priorização das tarefas, a supervisão dos diferentes processos e projetos, da infraestrutura, dos recursos humanos e da logística. Os avanços nos meios de comunicação geraram uma outra competência que deve ser desenvolvida pelo gestor; a da administração da sobrecarga de informações.

No tocante ao gerenciamento de projetos o gestor deve ter de maneira clara os pressupostos do processo de planejamento. As metas, os objetivos, a trajetória a ser percorrida pela equipe, as habilidades necessárias aos membros que irão compô-la, os recursos disponíveis, e os prazos acertados. O sucesso nesta empreitada depende ainda de outras competências, como a comunicação eficaz, o gerenciamento de equipes e o gerenciamento participativo, além da habilidade nas relações interpessoais.

Na figura que se segue estão demonstradas, num modelo de enriquecimento de tarefas, as características subjetivas de determinado cargo, baseadas em três estados psicológicos críticos, capazes de influenciar os resultados profissionais. O modelo foi desenvolvido por Hackman e Oldham (1975), apud Quin et al., 2003.

Figura 9 - Características Essências do Cargo e Resultados Individuais do Trabalho

Fonte: Competências Gerenciais: Princípios e aplicações Adaptado pelos autores de: J.Richard e Greg R. Oldham "Development of the Job diagnostic Survey" Journal of Applied Psychology 60, 1975, p161.

A figura acima nos remete a lembrar que cada indivíduo é único, a despeito de sua participação no grupo e do partilhamento de idéias e projetos comuns. Esta premissa estabelece que se "trate os diferentes diferentemente", ou seja, que cada pessoa reage e se desenvolve há seu tempo, e isso deve ser considerado pelo gestor, nos mostra o quanto o feedback positivo, a valorização do trabalho realizado, e a liberdade de ação

podem refletir no desempenho profissional dos colaboradores, elevando a satisfação no trabalho e consequentemente baixando o absenteísmo.

Outra competência de fundamental importância para o sucesso de qualquer gestor é o da comunicação eficaz, pois os chamados "ruídos" ou falhas nos processo de comunicação são os grandes responsáveis pela geração de conflitos, dúvidas e insucessos entre as equipes.

O bom comunicador manifesta-se de maneira clara, tranqüila e objetiva, dirime dúvidas, ouve o interlocutor, reflete, reformula o modo de transmitir a informação ou mesmo modifica a orientação, se necessário. O processo de comunicação pode também ser falho quando as relações de poder, insegurança e a hostilidade estiverem permeando as relações entre os sujeitos.

O gestor administra conflitos, utilizando as potencialidades e habilidades de cada membro da equipe, compreendendo como canalizá-las de maneira sinérgica. A manutenção de um clima de ajuda mútua e de confiança e a transformação dos conflitos em crescimento e amadurecimento do trabalho em equipe são fundamentais para o alcance dos objetivos fixados.

Nos processos democráticos de gestão entende-se que os empregados devem ter oportunidade de opinar nas decisões que afetam suas vidas. Aqueles que se manifestam na tomada de decisões numa gestão participativa estão mais motivados para desenvolverem suas tarefas.

Quanto mais informações e mais clareza os subordinados possuem sobre as metas a serem atingidas, mais chances de sucesso a equipe angaria, portanto, o gestor que se utiliza desta estratégia divide o ônus da falha e os "louros" da vitória com todos, o que possibilita um clima de parceria.

Aprofundando um pouco mais a competência de gerenciamento de conflitos, por entendê-la como uma das mais necessárias para manutenção de um ambiente de trabalho produtivo, Robert E. Quinn, Sue R. Faerman, Michael P. Thompson e Michael Macgrath (2003) propõem três estratégias:

- 1) As orientadas para as soluções, em que se focaliza o problema e não os indivíduos envolvidos. Essa premissa está voltada para a política de satisfação de ambas as partes envolvidas;
- 2) As não confrontadoras, que costumam ter como objetivo evitar o confronto. Cede aquele que prefere ser agraciado no futuro por um acordo mais importante;
- 3) As de controle, que são utilizadas quando o resultado deve ser assegurado, pois é de crucial importância para a sobrevivência do projeto ou da organização. Nesta hora a força do cargo dita a postura.

Um dos maiores desafios do gestor é o convívio com a mudança; trata-se do fato de ter de se adaptar a uma mudança brusca e indesejada e ao mesmo tempo ter de apresentá-la a seus colaboradores, de tal maneira que os ajude também a se adaptarem. Em muitas ocasiões isso requer uma

mudança de atitude, o que, em algumas situações, significa contrariar nossa maneira de ser ou de encarar o mundo.

Silva (2001) na sua tese de doutorado "Municipalização da Saúde e Poder Local: Sujeitos, Atores e Políticas" discorre sobre a importância da capacitação e das características pessoais dos gestores que lideram os processos de mudança e cita seis características que considera importantes nestes profissionais: o senso de justiça, a capacidade de decidir, o comportamento ético, a capacidade de condução política, a capacidade de transmitir confiança e a responsabilidade.

O autor ainda sugere que os cursos existentes de capacitação de gestores contemplem os seguintes temas: Estado, Sociedade e Políticas Públicas, Administração, Planejamento e Estratégia, Economia da Saúde, Liderança e Mudanças e Teoria das Organizações.

Ser criativo, inovador e trazer novas idéias "oxigenando" a organização é uma competência bastante desejável nos gestores. Para falar de criatividade, os autores Robert E. Quinn, Sue R. Faerman, Michael P. Thompson e Michael Macgrath (2003) citam este pensamento de Koestler (1964, p. 96):

Um ato de libertação: a derrota do hábito pela originalidade.

Os gestores considerados criativos assumem o risco das suas decisões como parte integrante da sua proposta de trabalho.

As pessoas, as estruturas e as organizações são algumas das muitas frentes de resistência às mudanças. Isso porque mudar pode significar pôr em cheque a situação “confortável” de segurança estabelecida e as mudanças podem afetar o “status”, a situação financeira, causar rupturas das relações interpessoais e sociais. Tais fatos devem lembrar ao gestor que as mudanças devem ser cuidadosamente planejadas. Além das necessidades da empresa e da equipe, há também as individuais e as intersubjetividades, e todas devem ser analisadas.

A competência de saber negociar implica astúcia política e capacidade de persuasão, bem como servir de mediador e porta-voz, ou seja, trabalhar numa política em que todas as partes envolvidas saiam ganhadoras com o processo.

O poder na organização afeta diretamente as decisões e advém da capacidade de influenciar o fluxo de energia e de administrar os recursos disponíveis para alcançar determinadas metas. Isso diz respeito ao poder do cargo, ao poder pessoal, ao poder do especialista, ao poder dos relacionamentos e à superação do mito do individualismo, uma vez que nem sempre o sucesso ou o fracasso dependerá somente do esforço e da habilidade pessoal de alguém. Isso mostra que as relações são importantíssimas para a manutenção de uma base de poder (Robert E. Quinn, Sue R. Faerman, Michael P. Thompson e Michael Macgrath, 2003).

Na perspectiva dos modelos de gestão que convergem para as propostas de gestão participativa a mediação entre poder e manutenção de

uma rede de relacionamentos que agreguem valor, mostra que se requer equilíbrio entre as necessidades pessoais do gestor e as dos demais atores envolvidos. A busca conjunta de parcerias que possibilitem o desenvolvimento e o crescimento de todas as partes envolvidas, requer a abertura para o diálogo numa atmosfera de respeito e confiança.

Maia (2000) refere que o gestor deve enfatizar os processos de negociação, a flexibilidade nas intervenções, a relação dialógica com todas as pessoas envolvidas no processo, a capacidade de articulação interna e de interação com todos os níveis do sistema e a população, como características fundamentais para consolidar qualquer proposta de transformação no setor.

Assim, cativar ou ganhar adeptos para a realização de um projeto envolve a exposição de idéias. O desenvolvimento desta competência passa pelo conhecimento de técnicas de apresentação e vai até a preparação do ambiente. Não se trata somente de ter uma boa idéia ou um bom projeto, mas sim de criar um ambiente favorável ao recebimento deles pelas pessoas. É importante lembrar, que um contexto adequado possivelmente influencie aqueles que deverão tomar decisões ou simplesmente partilhar opiniões com o gestor. Assim, tudo deve caminhar no mesmo sentido, a preocupação com o local, a pontualidade, o conforto dos participantes para que se crie uma atmosfera adequada.

Isto não implica negar a existência do conflito, mas de explicitá-lo e trabalhar a partir dele.

Segundo Quinn (1998), o processo de transformação pode advir de uma crise, em que o gestor, obrigado à reflexão sobre determinada situação ou matéria, passa a pensar e agir de maneira diferente.

Para os autores Robert E. Quinn, Sue R. Faerman, Michael P. Thompson e Michael Macgrath (2003), o domínio de determinada atividade depende de um processo de aprendizagem de uma vida toda e que não existe modelo de gestão ideal, mas sim a utilização de competências essenciais indicadas para cada momento, que podem estar descritas em modelos diferentes.

No trabalho de Bertussi (1996), é interessante destacar este parágrafo:-

O exercício eficiente da função gerencial exige habilidades, conhecimentos e atitudes que podem ser aprendidos ou ensinados. Envolve capacidade: estratégica (conhecer, desenvolver alternativas e responder a demandas e necessidades da população); de racionalidade administrativa (agir segundo etapas de uma ação racional calculada); de tomar decisão (processo decisório organizacional – interagir com grupos e indivíduos, resolver problemas e conflitos à medida que surgem, liderança e habilidade interpessoal - reativar e reconstruir constantemente a idéia da missão e dos objetivos comuns, conduzindo pessoas à ação cooperativa desejada) (Bertussi apud Mota, 2000).

Ao compararmos os autores internacionais e nacionais por nós pesquisados, no que concerne aos conceitos quanto conhecimento, habilidades e atitudes necessárias a um gestor de serviços, incluindo os de saúde, verificamos que suas propostas são compatíveis. Desenvolvemos nossa análise a partir desta premissa.

4 Percurso Metodológico

4.1 MODALIDADE DA PESQUISA

Para o desenvolvimento desse estudo optamos pela Pesquisa-Ação, pois se constitui em uma pesquisa social com base empírica onde a pesquisadora está envolvida de modo cooperativo e participativo, pois pertence à Instituição, cenário onde a pesquisa foi realizada. Esse tipo de orientação metodológica permite o aumento do conhecimento ou do "nível de consciência" do grupo envolvido no processo.

Agrega como método de pesquisa diversas técnicas da pesquisa social, e permite a descrição de situações concretas, a reflexão, a intervenção em determinada realidade e a resolução de problemas conjuntamente com as pessoas envolvidos na situação investigada (Thiollent, 1968).

Tendo por objetivo geral, conhecer o perfil de competências dos atuais gestores das Unidades Básicas de Saúde de uma Supervisão Técnica de Área do Município de São Paulo e analisar se essas competências propiciam ou não a implementação dos novos modelos assistenciais e gerencias que contemplam estratégias que lhe são inerentes, consideramos que essa modalidade de pesquisa propicia a consecução dos objetivos.

Como objetivos específicos quisemos identificar na percepção dos atuais gestores, quais são as competências para a gestão das UBS, problematizar no Grupo Focal se a formação e o preparo específico destes gestores influenciam no modo de operacionalização das estratégias e na dinâmica das equipes envolvidas nos serviços.

Ainda pretendemos subsidiar a construção de um perfil de competências gerenciais compatíveis com os novos modelos de gestão em saúde.

Nossa amostra foi composta pelos gestores de Unidades Básicas de Saúde de uma das 31 Coordenadorias de Saúde, que hoje faz parte de uma Supervisão Técnica de Área.

A vertente metodológica utilizada foi a da pesquisa social, na perspectiva qualitativa, tendo como base de análise dos dados a vertente dialética, pois não se compreende a mudança no processo de gerenciamento da assistência dos serviços de saúde sem levar em conta o processo histórico em seus dinamismo, provisoriedade e transformação social.

Nas metodologias qualitativas que se preocupam com a historicidade, a dinamicidade, a intencionalidade e se busca a compreensão dos significados, uma das técnicas empregadas é a dos "Grupos Focais". De acordo com a literatura consultada, o grupo focal é uma técnica de pesquisa realizada a partir do estabelecimento de grupos compostos de seis a quinze integrantes que se reúnem para discutir, de forma aprofundada um tema

específico, selecionado pelo pesquisador. É um recurso adotado para se obter dados qualitativos, quando se propõe um processo de reflexão entre os pares, utilizando o alcance grupal, uma vez que permite o pensar coletivo de uma temática que faz parte da vida dos sujeitos selecionados (Pereira, 1999; Sena e Duarte, 1999).

Essa estratégia é utilizada para formular questões mais precisas dentro de um foco específico, buscando complementar as informações sobre os conhecimentos peculiares a um grupo.

Segundo Minayo (1992, p 129):

O grupo focal consiste numa técnica de inegável importância para se tratar das questões da saúde sob o ângulo do social, porque se presta ao estudo de representações e relações dos diferenciados grupos de profissionais da área, dos vários processos de trabalho e também da população.

Os grupos focais promovem a interação entre as pessoas, gerando respostas mais ricas e permitindo o surgimento de idéias novas e originais. O papel do moderador é conduzir as discussões, procurando manter o debate em torno do objeto do estudo. O debate permite uma relação direta do moderador com o grupo; propicia àquele a observação de atitudes, preocupações, linguagem e de outras características (Healthcom, 1995).

Sena e Duarte (1999) destacam como vantagens desta técnica a possibilidade de se identificar e analisar, num curto período de tempo, as concordâncias expressas no grupo, bem como as controvérsias observadas por meio de comentários e opiniões dos participantes, o que contribui não só

para o levantamento de dados, mas para a análise e o planejamento de situações que, embora recortadas da realidade, são contextualizadas pela vivência do grupo. As autoras ressaltam a importância da interação dos participantes entre si e com o moderador, o que torna o método dinâmico e descontraído.

O grupo focal é uma técnica utilizada para fazer um levantamento das percepções de determinado grupo estudado acerca de tema que lhe é conhecido; leva em consideração as inter-relações, as intersubjetividades, as vivências, as histórias pregressas, ou seja, as verticalidades e horizontalidades dos sujeitos (Trench, Dall'Agnol, 1999).

Os grupos devem ser compostos segundo determinada intencionalidade, dependendo do objeto da pesquisa, e os debates não devem exceder o período de duas horas, pois a prática sugere que, além deste tempo, os resultados são pouco produtivos.

O uso de crachás, a disposição das cadeiras, a posição do observador em relação ao coordenador devem ser previamente planejados de modo a facilitar a observação e possibilitar melhor compreensão das nuances que permeiam as participações e percepções dos sujeitos.

Ao iniciar o grupo, os aspectos éticos relacionados ao processo devem ser considerados e acordados. O consentimento livre e esclarecido deve ser obtido; o coordenador do grupo reitera os objetivos da pesquisa e assegura o sigilo, propicia um clima agradável, descontraído e inicia as apresentações.

A quantidade de encontros dependerá do quanto se conseguiu atingir da meta estabelecida, podendo se limitar a um único encontro. Os fatores ambientais podem interferir na dinâmica grupal, por isso recomenda-se local confortável, silencioso e que proporcione privacidade. A questão do silêncio também é importante para facilitar a transcrição, já que os ruídos externos interferem na compreensão e captação das falas.

Em relação à condução da temática, o grupo focal pode ser realizado de forma estruturada (com questões fechadas, mais utilizadas numa visão positivista de pesquisa), semi-estruturada (com questões norteadoras e discussão aberta) ou não-estruturada (com questões que emergem do próprio grupo a respeito de um dado tema). A forma mais utilizada é a semi-estruturada, em que se elaboram previamente de três a cinco questões norteadoras para serem discutidas.

É importante ressaltar que o coordenador não deve expressar a sua opinião ou agir como defensor ou crítico de qualquer colocação feita, isto é, deve-se abster de juízo de qualquer espécie e se limitar a fomentar a discussão e a possibilitar que todos sejam ouvidos.

O papel do coordenador/moderador é conduzir as discussões, procurando manter o debate em torno do objeto de estudo e evitar embates; cabe a ele enfatizar para o grupo que não há respostas certas ou erradas.

Ao término da reunião, o coordenador faz uma síntese do que foi abordado e agenda data, hora e local do novo encontro, se necessário. Se não, agradece a colaboração dos participantes e encerra a sessão.

O observador deve tomar nota, observar e auxiliar o coordenador no entendimento do processo grupal. Estima-se um período de no máximo 2 dias para o reencontro do coordenador com o observador, a fim de uma melhor elaboração e compreensão do que foi observado, ou seja, de manter a fidedignidade. Nesta ocasião, eles irão discutir e ponderar sobre os dados obtidos pela gravação, pelas anotações e por suas percepções a respeito das falas e da dinâmica grupal (Ciampone, Dall'Agnol, 1999).

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

Numa primeira fase o projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, após aprovação da Coordenação da Atenção Básica. Em um segundo momento solicitamos a autorização da Coordenadoria Regional de Saúde e da Supervisão Técnica da área, convidamos os gerentes a participarem e solicitamos que os mesmos assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para iniciar a coleta de dados tanto dos que participaram da entrevista no primeiro momento como dos que participaram do grupo focal no segundo momento.

4.3 CAMPO DE ESTUDO

4.3.1 Cenário

O cenário foi constituído por uma das antigas 31 Coordenadorias de Saúde, hoje uma das Supervisões Técnicas de Saúde. Em 2005, a população total da área correspondia a 505.969 habitantes, com uma área de 3.670 ha, sendo composta por 02 antigos Distritos de Saúde, com uma taxa de crescimento de 2,77 e uma densidade demográfica de 13.786,6 pop/ha, uma taxa de urbanização de 100% e uma população SUS dependente de 319.163 habitantes(59,23%)

Com relação à pirâmide populacional desta região, a população masculina é de 244.689 (48,37%) e a população feminina é de 261.280 (51,63%), as crianças menores de 10 anos representam 19,3% e os adolescentes entre 10-19 anos 17,4% da população.

A taxa de analfabetismo é de 7,13% da população, a taxa de mortalidade infantil é de 16,89% e a taxa de mortalidade materna é de 48.04 por 100.000 nascido vivos.

O Programa de Saúde da Família está com 61 equipes e uma cobertura de 38,60% da área de abrangência; o número de domicílios é de 138.795 dos quais 99,43% tem acesso a rede de água e 80,79% a rede de

esgoto; 98,74% do lixo é coletado pelo serviço da prefeitura municipal de São Paulo e possui 17.470 unidades de rede de iluminação instalada.

A população favelada é de 122.738 habitantes (24,26%) e a taxa de crescimento verificada nesta camada social é de 2,36% ao ano.

Encontramos nesta região 15 áreas com risco de enchentes e deslizamentos de terra, compostas por 6.434 domicílios.

A situação econômica demonstra que 13,94% dos chefes de família estão sem rendimentos, 55,96% recebem até 5 salários mínimos, 24,16% possuem renda entre 5 a 20 salários mínimos, 5,94% mais que 20 salários mínimos.

As principais causas de morte em 2003 foram: homicídios 13,38%, doenças coronarianas 12,04%, doenças cérebro-vasculares 7,41%, pneumonias 4,14% e doenças respiratórias 3,18%.

O orçamento municipal destinado à saúde na região é de 13,37%, o da educação é de 69,02% e do saneamento básico 1,33%.

Esta área de Supervisão dispõe de 19 Unidades Básicas de Saúde já existentes e 01 em fase de implementação. Deste total há unidades do estado hoje municipalizadas e unidades municipais.

Dessas unidades, 18 são mistas, ou seja, Unidades Básicas de Saúde tradicionais que passaram pela implementação parcial do Programa de

Saúde da Família ou do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e 01 Unidade de Saúde da Família (foi criada como tal).

São denominadas Unidades Mistas, por não possuírem 100% da sua área de abrangência coberta pelo PSF ou pelo PACS, coexistindo, portanto dois modelos.

4.3.2 SUJEITOS

Os sujeitos da pesquisa foram os gestores das 19 Unidades de Saúde mencionadas. Para a entrevista convidamos uma amostra de 06 gerentes (intencionalmente escolhemos 03 gerentes que fizeram o GERUS ou outro curso de gerenciamento e 03 gerentes que não fizeram nenhum curso específico na área gerencial), e a partir da transcrição das falas gravadas durante as entrevistas, realizamos a análise das unidades de significado que compuseram as questões disparadoras do grupo focal.

Este foi realizado em um único encontro, pois consideramos que mesmo que somente 50% da amostra estivesse presente teríamos condição de efetivar a técnica.

4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada em duas etapas. Na primeira, a fase exploratória ou de diagnóstico situacional, os dados foram coletados por meio de entrevista, com questões semidiretivas onde o gerente deveria explicitar competências que ele julgasse necessárias à gestão. Essas entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas segundo a técnica de análise de conteúdo (Minayo, 1992).

Na segunda etapa, os gerentes foram convidados a participar de um encontro de grupo focal onde utilizamos um guia estruturado de temas disparadores do encontro, gerados a partir das entrevistas.

No grupo focal, foi realizada uma devolutiva do material analisado nas entrevistas para os participantes da segunda etapa da pesquisa, visando a propiciar um momento reflexivo a esses agentes, em relação aos resultados e possibilidades de problematização e possíveis intervenções nas suas práticas (fase de plano de ação).

4.5 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE

Na primeira fase do estudo, a das entrevistas, procedemos a análise temática. Para tanto, iniciamos como uma leitura flutuante do conjunto das comunicações. Após isso realizamos a constituição do “corpus”, avaliando: - exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência e, descobrimos os núcleos de sentido que constituíram os temas do encontro do grupo.

Na segunda fase do estudo, o grupo focal, o encontro foi gravado e transcrito. Realizamos a crônica e a síntese das "falas" e interpretamos os valores, os comportamentos, os conflitos e as contradições que as permearam. Utilizamos os conceitos e o referencial teórico como construtos norteadores da análise do material empírico oriundo do grupo.

5 Análise dos Resultados

5.1 PERFIL DOS GESTORES DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Dos dezenove gerentes da Supervisão Técnica de Área 10 participaram da pesquisa, ou seja, 52,63%, destes 70% eram do sexo feminino e 30% do sexo masculino, sendo 40% da amostra de médicos, 20% de dentistas, 20% de psicólogos, 10% de fonoaudiólogos e 10% de enfermeiros.

Cinqüenta por cento dos gerentes fizeram o curso do GERUS, 10% realizaram curso de gestão na UNIFESP e 40% não possuíam qualquer curso na área.

Noventa por cento dos gerentes ocupavam essa posição entre 03-05 anos e 10% a assumiram a menos de 01 ano. Somente 20% deles possuíam experiência em gestão, em outro serviço que não na SMS e a média etária dos mesmos é de 45 anos (variando de 38 a 62 anos).

Quanto aos cursos de pós-graduação, 90% realizaram dentro de suas área técnicas específicas e 10% nunca realizaram qualquer curso de pós-graduação.

Figura 10 - Caracterização dos Gerentes que participaram da pesquisa

Gerentes	Sexo	Idade	Formação	Pós-graduação	GERUS/ Outro curso	Tempo SMS	Tempo no cargo	Experiência em gestão de outro serviço
01	F	38	Psicóloga	Odonto/Farmaco	OC	14 anos	03 anos	-
02	M	48	Dentista	Odonto/Farmaco	N		09 meses	05 anos
03	F	56	Dentista	N	N	18	03 anos	-
04	F	48	Médica	Saúde Pública	N	21anos	03 anos	-
05	F	54	Psicóloga	Clínica/psicanálise	S	26	5anos	-
06	M	45	Médico	Pediatria	S	16	+5 anos	+de 05 anos
07	F	49	Medica	Homeopatia/Clinica Médica	S	20 anos	+ de 05 anos	-
08	F	47	Enfermeira	Saúde Pública	S	23 anos	- 05 anos	-
09	M	62	Médico	SP/Pediatria/MO	S	30	+ de 05 anos	-
10	F	43	Fonoaudióloga	Processamento auditivo central	N	18	- de 05 anos	-

5.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

As entrevistas foram agendadas com antecedência, de maneira a não prejudicarem o desenvolvimento do trabalho dos gestores e possibilitarem um momento oportuno de diálogo.

Os seis gerentes entrevistados, disponibilizaram-se a fazê-lo de maneira imediata; as mesmas transcorreram num ambiente de tranquilidade e cooperação.

Começamos explicando nossos objetivos e solicitando o consentimento livre e esclarecido; na seqüência realizamos as perguntas e gravamos o material.

Em relação à **primeira questão** da entrevista sobre os conhecimentos gerenciais necessários a um gerente de Unidade Básica de Saúde, agrupando as percepções dos seis entrevistados, destacamos as unidades de significado conforme segue abaixo:

Gerente 1

Precisa conhecer a propostas do SUS, precisa ter participado ou estar consciente das metas e prioridades do município e especificamente da sua região, né ...

...de conhecer sua área de abrangência, as características, área de risco, de favelas enfim epidemiologicamente também, precisa entender o histórico daquela Unidade, porque eu acho que tem Unidades que tem uma tradição em alguns serviços ou em oferecer algum serviço e às vezes a gente pega a Unidade em andamento e não entende porque tem tanta demanda espontânea, ou porque tem tantos hipertensos,...

Essa percepção vai ao encontro de um dos aspectos pontuados na literatura onde se afirma que o gestor deve conhecer a realidade e as necessidades locais. Sem dúvida essa é uma das várias temáticas das quais o gestor deve se apropriar (Simões, 2003, p.26).

Contudo, esses conhecimentos desejáveis extrapolam o simples conhecer a realidade.

Gerente 2

...Primeiro de tudo, a parte administrativa, para você gerenciar você tem que ter, saber a parte administrativa se não você não consegue gerenciar, tem que ter conhecimento da Unidade que você vai realmente gerenciar, porque senão... Isso aí, por menor que seja a Unidade demanda um pouquinho de tempo até você conhecer o pessoal né...

Gerente 3

“... Conhecimentos eu acho muito importante que o gerente conheça a sua população a necessidade da sua população entendeu?..”

Gerente 4

...Acho que como eu nunca tinha sido gerente eu só atendia acho que a primeira coisa que um gerente tem que saber é a dinâmica de uma Unidade de Saúde.

Os protocolos todos que você tem que seguir. Eu não os conhecia, depois tem que ter uma ligação boa com os funcionários, bom senso, muito equilíbrio para resolver as coisas do dia-a-dia porque você tem que ficar contemporizando as coisas, as discórdias, as coisas que acontecem numa Unidade de Saúde.

Além do conhecimento técnico da coisa, tem que ter uma parte humana muito forte, é muito importante porque é bem complicado lidar com muitas pessoas diferentes no dia- a -dia...

Os gerentes 2, 3 e 4 de maneiras diferentes remetem-se à sugestão dos mesmos conhecimentos citados pela gerente 1, porém o enfoque se limita mais ao intra-muros. A gerente 4 faz alusão a Gestão de Talentos e a Gestão de Conflitos e parece utilizar-se de conceitos desta competência, mesmo sem saber que estas possuem conteúdos teóricos que facilitam a utilização e o desenvolvimento de habilidades e atitudes pertinentes.

Gerente 5

..O Básico é ter um compromisso com a proposta da Atenção Básica e ter conhecimento daquilo que você vai gerenciar.

Acho que ninguém consegue gerenciar sem estar presente acho que é utopia você imaginar que você gerencia uma Unidade Básica qualquer que seja a sua proposta sem estar presente, pois é através da presença que você tem condições de conhecer o dia-a-dia da Unidade e tem condições de dialogar e discutir com os funcionários para onde você está caminhando. Então eu acho que é isso que pega mais é a presença física, e nem sempre você pode estar presente. Tem duas maneiras o compromisso que você tem que ter e o que você espera daquele profissional que está no dia-a-dia com você e o diálogo para mim o diálogo é um ponto básico. Se não houver um diálogo gerenciar é como em qualquer negócio tem que ter o olho do dono não existe aquela coisa:- "o negócio só cresce quando tem o olho do dono" aquele que realmente acredita e leva essa proposta....

A “fala” acima expressa a indignação da gerente 5 quanto ao fato de alguns gerentes terem outras atividades e não comparecerem diariamente as suas Unidades ou não cumprirem a jornada de trabalho.

O baixo salário e a necessidade de complementação do mesmo é um dos motivos alegados pelos gestores para terem outras atividades.

Gerente 6

...Então o gerente tem que saber, primeiro negociar, segundo entender do serviço, tá? que mais (..pensando) tem que ter a parte técnica, tá certo? totalmente desenvolvida saber o que é o SUS, o que é o gerenciamento e ter o poder de negociação eu acho que tudo na vida é

negociação a parte de política de saúde, a parte de política com o funcionário, a parte política com a população, saber lidar com a população, saber entrar dentro do convívio com a comunidade eu acho que é mais ou menos por aí...

De uma maneira geral os gerentes entrevistados entendem que os

conhecimentos gerenciais necessários a um gestor de Unidade Básica de Saúde restringem-se a conhecimentos técnicos específicos sobre a área de abrangência, sua Unidade, o pessoal com o qual trabalha, programas e políticas de saúde. Não existe a menor evidência de compreensão entre os entrevistados, que tais temas são importantes não só ao gestor mas a todo e qualquer profissional que atue dentro da Unidade.

Não existe também a crítica de que tais conhecimentos são alguns dentre os muitos a serem estudados por quem ocupará o cargo, necessita de um arcabouço teórico da formação específica para ser gestor, que possibilite liderar qualquer tipo de serviço.

Na **segunda questão**, onde indagamos quais as habilidades gerenciais a serem desenvolvidas por um gestor de Unidade Básica de Saúde, as respostas obtidas foram:

Gerente 1

...Acho que é importante nas habilidades de gerente de unidade que ele tenha capacidade de negociação, diálogo e negociação com as instâncias externas da unidade desde a hierarquia superior. Acho que dos

funcionários eu falo mais adiante, conseguir ter esse dialogo e essa negociação com as hierarquias superiores a maquina administrativa porque também senão as coisas também não funcionam e aí dialogo com os funcionários e com a população que usa o serviço o porque acho SUS prevê o Conselho Gestor este pode ser um espaço de dialogo e não só um espaço burocrático porque as vezes ele é burocratizado acho que o conselho gestor pode ser uma espaço para ser usado e exige essa habilidade do gerente para realização do SUS né,...

O modelo de gestão participativa com controle social proposto pelo SUS fica bem nítido na fala acima, o que demonstra a abertura e o entendimento por parte do referido entrevistado sobre os pressupostos do sistema e a importância da parceria com a comunidade.

Gerente 2

...Aqui dentro desta Unidade por ser uma Unidade Mista onde nós temos médicos que fazem atendimento de porta o atendimento a população e mais o PSF você tem que realmente conhecer primeiro esse programa do PSF; que é uma coisa realmente nova e é claro não esquecendo também o outro lado ta. Como exemplo aqui nos temos uma área coberta pelo PSF onde você tem que dar uma atenção encima do PSF, tem que conhecer o que é esse programa, ta certo?...

...Nós temos uma cobertura aqui de 15% só da área, então você tem que... Conhecer os caminhos para tentar gerenciar esses dois lados que são assim teoricamente juntos porque você não pode separar uma coisa da outra, mas, também são muito conflitantes!...

Gerente 3

...O gestor tem que ter um "jogo de cintura" (risos). Muito grande mais muito grande voltamos a deterioração da educação, de tudo da saúde e você tem que ... Entender a população nas suas necessidades .. "Dançar mesmo conforme a música" porque você com gestor da Unidade você está no ponto mais difícil que é o embate direto com a população então é você que responde a gente responde diante de uma prefeitura de um estado pelo sucesso ou não da saúde.

Então isso é uma coisa muito difícil porque a gente se depara com falta de médico, falta de dentista falta de enfermeiro falta de pessoal qualificado para trabalhar na promoção da saúde mesmo e dentro da Unidade como os oficiais administrativos, as pessoas que trabalham então a gente fica usando artifícios para cobrir os buracos que se tem se nós tivéssemos uma ação muito programada do PSF talvez resolvesse em parte todos esses problemas a minha Unidade deixa a desejar né, com a população porque eu tenho duas equipes de PSF então eu tenho uma população bastante grande que tem a sua área praticamente descoberta de PSF...

Os gerentes 2 e 3 referem-se aos problemas trazidos pela forma como o PACS e o PSF foram implantados nos então distritos de saúde, que hoje compõem esta supervisão técnica de área e que levaram à implementação parcial da estratégia (com equipes incompletas e áreas descobertas, levando a coexistência de dois modelos na mesma Unidade).

Tal situação confunde a população, que não compreende porque o seu vizinho, numa rua abaixo recebe a visita do agente, do auxiliar, da enfermeira e do médico e ela só é atendida no posto, tendo que aguardar a lista de espera.

As equipes de PACS e de PSF, por sua vez, recebem reclamações da população nas ruas, com relação ao fato de não receberem visitas e os profissionais tentam explicar que a rua em que eles moram ainda não foi contemplada com a estratégia PSF.

Com relação a administração de recursos humanos, os profissionais do PACS e do PSF contratados pelos parceiros em regime de CLT, possuem regras mais estritas ditadas pelo próprio regime de trabalho e consideram que os servidores seus colegas desfrutam de “regalias”. Aludem as horas abonadas, licença prêmio, horas em haver, funcionários e empregados com regimes diferentes e salários diferentes para trabalhos similares, que fazem parte das prerrogativas legais do servidor público. Tal situação exige do gestor a habilidade de administrar conflitos, clareza nas colocações e uma comunicação eficaz.

Gerente 4

...Habilidades como eu já te falei... relacionamento com as pessoas, que é o principal eu acho que o funcionário faz tudo o que você quer, dependendo do jeito que você pede, ou que você vê as coisas, se você pede para ele participar da solução, você divide as coisas com todo mundo, como aqui a gente costuma dividir e tenta saber o que é o melhor que se pode fazer, por onde começar, então a gente faz muito as coisas em conjunto, obvio que depois você tem que dar a palavra final não tem como você deixar de decidir as coisa...

O papel de facilitador conforme denominado por Robert E. Quinn, Sue R. Faerman, Michael P. Thompson e Michael Macgrath (2003) fica bem evidente na fala do gerente 4. É interessante relatar que segundo os funcionários dessa Unidade o gestor atual é o oposto do anterior que era extremamente autoritário, centralizador e ausente. Hoje eles se consideram ouvidos e relatam trabalhar com prazer em função do gerente ser um facilitador.

Gerente 5

...Um controle emocional é básico se você não tiver esse controle para lidar com o dia-a-dia você acaba se perdendo...

Gerente 6

...Tem que ter a parte técnica, saber a parte administrativa da Unidade tem que entrar na parte de informática que eu deixo a desejar um pouquinho, mas eu acho que é isso aí...

Os embates diários sugeridos pelos gerentes demandam o desenvolvimento da habilidade de negociação e atitudes pertinentes à mediação.

A falta de perfil/formação dos profissionais aliado aos problemas de infra-estrutura levam a um grande desgaste emocional das pessoas que ocupam os cargos de gestão.

Alguns mencionaram de forma empírica habilidades para lidar com os problemas do dia-a-dia. Contudo, fica evidente que sem o perfil e a fundamentação teórica pertinente os avanços são poucos.

Em relação à **terceira pergunta**, onde perguntamos aos gestores quais eram as atitudes que deveriam permear os conhecimentos e as habilidades gerenciais desejáveis a um gestor de Unidade Básica de Saúde, as principais unidades de significado revelaram o seguinte:

Gerente 1

...Aí vou precisar de uma esclarecimento porque você disse assim conhecimentos, e habilidades e atitudes eu não sei...será que eu já não falei nas habilidades as atitudes eu não sei...(risos.....)

Então talvez fosse legal você assinalar as diferenças no início da entrevista , porque para mim teria feito diferença.

(Entrevistador dá informações sobre os conceitos de conhecimento, habilidades e atitudes tentando dirimir as dúvidas do entrevistado)

...Atitude de ser mais democrático, não é? No trabalho acho que tem que conseguir ouvir, acho que a gente tem que conviver, conseguir suportar um pouco mais o conflito antes de logo dar uma solução, até para entender as atitudes que as pessoas envolvidas dariam antes de tomar uma atitude, acho que de atitude não deve ter muito personalismo acho que é importante que as pessoas que participam do trabalho reconheçam a sua autoria na construção daquele projeto, mais é preciso que as pessoas reconheçam, o personalismo atrapalha identifiquem em determinado trabalho (pensando aã aã)....acho que é preciso ser senão fico muito morna, docinho (silêncio) acho

que a gente tem que ser radical em uma coisa . é.. na determinação que se tem em atingir os objetivos, acho que a gente pode ter muito flexibilidade acho que é preciso mas o limite dessa flexibilidade é atingir os objetivos pois formas de funcionar ou concessões que prejudiquem os objetivos do trabalho não podem;...

A fala da gerente 1 nos remete a Melo (2001, p.77-78) quando descreve o modelo descentralizado de gestão concordando com essa prerrogativa, lembrando que democracia não significa “laissez-faire”.

Gerente 2

...vou te dar um exemplo quando eu cheguei aqui tinha uma funcionária que estava na farmácia isso é um outro ponto e você pode colocar isso porque isso é muito importante falta gente especializada em cada setor o que nos temos que fazer nós temos que pegar pessoas.... Esse negócio. Porque é desvio de função. Eu sou partidário que eu treino uma pessoa coloco essa pessoa no lugar para que a população ser atendida é isso que todo governante quer e é isso que hoje o nosso Prefeito quer então eu tive um problema com uma moça que deixava entrar Agente Comunitário na farmácia, ficava batendo papo até que ela me criou um problema confrontando com um auxiliar de enfermagem eu tive que tirá-la da farmácia.. Mais a minha intenção era o que? Colocá-la a disposição qual não foi a minha surpresa ela uma funcionária do estado.. Me falaram que ela que eu não poderia dispensá-la nem colocá-la a disposição, pois eu teria que ter a anuência da moça para você transferi-la você tem que ter uma anuência, se ela não assina.. O que eu tive que fazer tive que tirar a moça colocá-la em outro setor e tive que engolir e hoje ela continua me dando problema em outro setor. Nós não conseguimos gerenciar, nós não conseguimos ter um poder em cima desse tipo de coisa então a atitude que nós temos que tomar é realmente uma atitude de preservação para que você também como

gerente não se exponha como diz na gíria você "Não vai pagar o mico" e a pessoa dar risada na sua cara, então você tem que levar a um bom termo se um funcionário vem me pedir olha a manhã eu vou ter que faltar porque tenho isso e isso .. isso aquilo eu digo Aqui não!...

...Se bem que algumas pessoas... Temos que pegar duro pegar firme aqui dentro eu tenho uma duas ou três pessoas que eu ainda não consegui colocar na rédia eu falo, falo, falo, melhora uma semana e depois começa tudo de novo, né....

O gerente 2 confirma o exposto por Picchiali (1999, p.19) quando refere que o modelo Fayolista ainda é uma prática corriqueira nos serviços de saúde no Brasil. A manutenção da hierarquia em linha, centralizadora com estrutura rígida, onde as estruturas de poder são preservadas acima de tudo, retratam um pouco isso.

Gerente 3

...então o que eu aprendi com o usuário a maneira de como a gente pode ou conquistar esse usuário ou fazer com que ele seja nosso inimigo depende só de você. Conhecimentos eu acho que são importantes cursos eu acho que são extremamente importantes para te abrir a visão de uma maneira diferente de gerenciar, mas eu acho que o te traz mais base é o teu contato com o público no dia-a-dia....

Segundo Robert E. Quinn, Sue R. Faerman, Michael P. Thompson e Michael Macgrath (2003) as competências são desenvolvidas e aprimoradas e modificadas conforme a necessidade imposta pela características próprias

do trabalho, mas devemos nos lembrar que os conhecimentos da ciência da gestão devem fundamentar o crescimento que advém da experiência.

Gerente 4

...Acho que a gente tem que dar ordem mas também ouvir o lado do funcionário quais são as dificuldades e tentar juntar tudo isso e tentar fazer as coisa do melhor jeito equilíbrio e bom senso sempre a gente pode conseguir o apoio das pessoas quando você faz as coisas muito certinha tem dificuldades mas contempORIZANDO as coisas...

Maia (2000) corrobora com a fala acima quando enfatiza a negociação, a flexibilidade, a capacidade de articulações interna e externa como essenciais ao gestor. Outros autores que estudaram modelos gerenciais também ressaltam que a capacidade de gerir conflitos e empreender negociações são pontos fundamentais como competências gerenciais (Silva, 2001; Drucker, 2002; Zarifian, 2001).

Gerente 6

..eu acho que tem que ter uma visão pública violenta, os grandes problemas disto são por exemplo nessa Unidade temos 01 clínico para 25.000 habitantes, tanto que eu sou obrigado as vezes pelo meu perfil eu arregaço as mangas e atendo. Outra deficiência são especialidades a resolutividade, você vê o seu paciente tentando resolver um problema. que você encaminha e não tem essa resolutividade eu acho que o grande problema da gestão é essa, dentro da Unidade a divisão dos hipertensos e

diabéticos desafogou um pouco, nós sentimos a falta do clínico? Sentimos mas é bem gerenciada no sentido da priorização dos diabéticos e dos hipertensos esses são separados e coordenados por exemplo hoje, esta ocorrendo dois grupos no Jd X e na paróquia aqui, por exemplo pediram esse programa medicação, nós temos tudo cadastrado dá para funcionar razoavelmente bem e a credibilidade graças a Deus eu gozo muito da credibilidade da população, a população daqui me conhece bem, se dá muito bem comigo, na medida que eu chego e falo vai ter isso vai ter aquilo a população adere com facilidade e esse é o poder da negociação devido a proximidade com a população. Não adianta ser ditador que não vai dar certo na democracia você cresce aos poucos e se fortalece ...

Podemos verificar que o gerente 2, expressa uma grande preocupação com a preservação da imagem do “chefe” e suas falas nos remetem as características de gestão do modelo fayolista/taylorista.

Ressalta ainda a falta de autonomia na gestão devido ao regime de trabalho do servidor público que diferentemente do empregado do serviço privado não pode ser desligado caso não desempenhe suas funções a contento.

Nas falas dos demais gerentes verificamos uma maior abertura nos aproximando dos modelos burocrático, sistêmico e de relações humanas. Vale lembrar que destes 05 gerentes: 02 fizeram o GERUS, 01 fez um curso de gestão de projetos de curta duração e 02 nunca fizeram cursos na área.

Com relação as atitudes, evidenciamos que os entrevistados adotam modelos diferentes de gestão e têm atitudes diferentes para com os seus

funcionários, independentemente de terem ou não participado de alguma capacitação em gestão.

Ao discutirmos a estratégia a ser utilizada no grupo focal após a apresentação dos resultados obtidos no grupo de pesquisa, coordenado pela orientadora da presente investigação, decidimos que devido ao curto espaço de tempo em que os gerentes estariam disponíveis e por ser um único encontro, o roteiro a ser seguido seria:

- 1- Apresentação da equipe e da pesquisa;
- 2- Gerentes escolheriam nomes fictícios para a manutenção do sigilo;
- 2- Apresentação dos resultados das entrevistas;
- 3- Introdução dos Temas Disparadores
- 4- Encerramento .

5.3 ANÁLISE DO GRUPO FOCAL

O grupo teve início após breve apresentação da pesquisa que originou aquele encontro, da proposta de trabalho, de seus objetivos e também do papel de cada integrante da equipe de coordenação. Estavam presentes além da coordenadora, uma observadora e uma colaboradora, que fez os registros que foram apresentados ao grupo.

Em seguida a coordenadora fez a leitura do primeiro disparador temático, explicando o modo como foi obtido a partir da análise prévia de entrevistas realizadas com seis outros gerentes. Tratavam-se dos conhecimentos considerados necessários para um gestor de Unidade Básica de Saúde (UBS), oriundos das falas de cada entrevistado.

Propôs então que o grupo se posicionasse com relação ao que acabara de ler: “se vocês concordam ou não ... e o que gostariam de acrescentar ...”

Surgiram então temas como: “conhecer a dinâmica das relações locais ... relações humanas locais”; “... conhecer o potencial de cada funcionário ...” e também considerar outros fatores que influenciam na saúde de uma maneira mais abrangente: “ ... eu tenho que ver como um todo ... Você abrir a amplitude do teu pensamento ...”.

Com relação a esse último tema a coordenadora sintetiza: “... vocês poderiam dizer ... que é ter uma visão global ? ... conhecer tudo o que direta e indiretamente influencia na saúde (da comunidade) ... ?”.

Após a discussão o quadro dos conhecimentos apontados pelos gerentes, como necessários para a gestão de Unidades Básicas de Saúde ficou assim resumido:

- a) Conhecer a propostas do SUS,
- b) Ter um compromisso com a proposta da Atenção Básica,
- c) Ter participado das propostas ou estar consciente das metas e prioridades da região, do município,
- d) Conhecer a máquina administrativa,
- e) Conhecer a sua população,
- g) Conhecer a Unidade,
- h) Conhecer o pessoal,
- i) Conhecer a dinâmica das relações humanas,
- j) Conhecer o potencial de cada funcionário,
- k) Conhecer como trabalhar a intersetorialidade.

No tocante aos conhecimentos, os atores dos processos devem se manter abertos, e admitir a necessidade constante de novas aprendizagens pois não se exercita competência sem a mobilização de conhecimentos (Zarifian, 2001, p.72-73).

Com enfoques mais ou menos abrangentes verificamos que os cursos de gestão de uma maneira geral são compostos por blocos básicos de conhecimentos para fundamentação teórica do gestor como: Estatística, Economia, Epidemiologia, Sociologia, Tecnologia da Informação, Teoria Geral da Administração, Psicologia, Legislação em Saúde, Políticas de Saúde e disciplinas que propiciam a instrumentalização mais específica como: Administração Financeira, Administração de Recursos Humanos, Logística, Administração de Recursos Físicos e Materiais.

Dessa maneira, ao analisarmos os conhecimentos propostos pelos gerentes de UBS que fizeram parte da nossa pesquisa e os conhecimentos propostos como necessários a um gestor pelos cursos existentes na área de gestão de serviços de saúde, fica patente a discrepância entre a percepção dos mesmos. (**Anexo 10**)

Após este tópico, foram feitas algumas brincadeiras e então a coordenadora prosseguiu com a leitura do segundo disparador que se relacionava às habilidades que deveriam ser desenvolvidas para a gestão de UBS.

Inicialmente o grupo permanece refazendo a pergunta: “isso eu gostaria de saber”? e então a coordenadora intervém: “quais habilidades vocês percebem serem necessárias para a solução de problemas no dia-a-dia da Unidade ?”

Foram mencionadas dificuldades em realizar o trabalho, tendo em vista a presença marcante de descontinuidades nos direcionamentos propostos por seus superiores: “... a situação atual é que tá desgastante ...; ... difícil por conta dessa falta de objetividade ... não existe um segmento ...”.

Foi apontada também a necessidade de conhecerem, enquanto gestores, como podem utilizar os dados levantados nas unidades e conseguir preparar ações a partir deles: “...Eu tenho percebido ... que a gente olha e nem sempre sabe o que fazer com aquele dado ... A partir do levantamento dos dados ... você fica estranhando ... e pergunta o que vou

fazer com aquilo?... como posso agir ... em função daquele dado?... Não simplesmente ter por ter”.

Ainda com relação à utilização dos dados que recebem, levantaram como dificuldade adicional o fato de não conseguirem tempo e tranquilidade para procederem a uma análise mais atenta do conjunto deles, devido à rotina extremamente dinâmica do trabalho nas unidades e às constantes solicitações que recebem (gerentes) “... Estamos tão envolvidos com as outras coisas ... você precisa sentar, olhar e ver o que significa ...”.

Em seguida procederam a uma avaliação menos voltada às habilidades técnicas e mais às habilidades pessoais, em suas opiniões necessárias a serem desenvolvidas pelos gestores: “paciência e a outra é a persistência ... Se não tentar desenvolver essas habilidades você desiste”.

A coordenadora comentou que lidar com uma pluralidade de questões no dia-a-dia de trabalho, inclusive questões de relacionamento, também é algo presente em outras áreas, tanto no serviço público como no privado. Assinalou para o grupo que os itens até então levantados como dificuldades na condução do trabalho de gerenciamento (as freqüentes mudanças no direcionamento do trabalho e as incertezas quanto à continuidade de pessoas em seus cargos) são situações inerentes ao trabalho do gestor e há que se desenvolver habilidades para lidar com elas.

O sentimento gerado nos gerentes em virtude da já citada iminência de remanejamento ou mudanças importantes no quadro político/administrativo foi mais uma vez reforçado pelo grupo: “no serviço

público ... a gente tá sempre ... com uma tensão ... o que vai acontecer amanhã ... quem será que cai junto ?” Complementando o que se discutia, foi acrescentada a flexibilidade como habilidade importante para coordenar equipes onde existem profissionais trabalhando com diferentes modalidades de contrato: “... ao lado da paciência ... muita flexibilidade ... São vários regimentos imbricados no mesmo local ... Há que se ter uma certa flexibilidade, não dá pra ser rígido ...”

Constituímos a síntese do segundo tema com o quadro resumido abaixo:

- a) Capacidade de negociação com as instâncias externas da unidade desde a hierarquia superior,
- b) Diálogo com máquina administrativa,
- c) Diálogo com os funcionários e com a população,
- d) Habilidade de persistência,
- e) Habilidade para manter um projeto,
- f) Habilidade para clareza nos objetivos,
- g) Capacidade de construir coletivamente o projeto de trabalho da Unidade,
- h) Manter-se atualizado tecnicamente e na sua área de atuação,
- i) Ter "jogo de cintura",
- j) Entender a população,
- k) Habilidade de se relacionar com as pessoas,
- l) Dividir as coisas com todo mundo,
- m) Controle emocional é básico,
- n) Maneira de se portar,
- o) Maneira de conduzir,
- p) Habilidade para lidar com dados e interpretá-los,
- q) Paciência,
- r) Persistência,
- s) Flexibilidade.

Segundo Caproni (2002) os gestores devem desenvolver habilidades culturais gerais e específicas, habilidade de liderança de equipe, habilidades sociais, habilidades de “auto monitorização”, habilidades associadas à criação de uma missão clara e envolvente, habilidades associadas ao desenvolvimento da coerência, habilidades associadas à promoção da adaptabilidade e habilidades associadas à criação de um ambiente de trabalho de alto envolvimento.

Com relação às habilidades culturais específicas a autora refere-se à importância do gestor compreender as culturas com as quais está trabalhando e adaptar-se ao contexto, mostrando respeito pelas mesmas. Nas habilidades culturais gerais ela cita a percepção de normas de conduta, de cultivar relacionamentos, de flexibilidade cognitiva, que é a capacidade de pensar de maneira ampla e complexa e de considerar diferentes perspectivas.

A habilidade de liderar equipes é considerada de fundamental importância para o gestor e entende-se como tal: o investimento em desenvolvimento pessoal contínuo, o provimento de senso de direção e estrutura, ajudar a equipe a gerenciar fronteiras, gerenciar o tipo e o tempo das intervenções.

As habilidades sociais são hoje mais valorizadas do que as técnicas e, o seu desenvolvimento fica mais premente quanto mais alto na hierarquia se encontra o gestor.

A “automonitorização” é uma habilidade que requer percepção aguçada e receptividade às necessidades dos outros, adaptando o seu comportamento em resposta a essas necessidades.

A criação de uma missão clara e envolvente motiva a equipe e a torna mais coesa com propósito único; também ajuda a manter a persistência diante dos obstáculos.

As habilidades associadas ao desenvolvimento da coerência facilitam o processamento eficaz das informações e a implantação mais rápida das decisões, é desejável nos ambientes atuais em constante mudança onde a comunicação clara, a manutenção dos valores e da ética devem apoiar as decisões diárias.

A promoção da adaptabilidade é uma habilidade desenvolvida no gestor para facilitar o ambiente de aceitação de novos membros na equipe ou na implementação do gerenciamento das mudanças, ajudando os velhos funcionários a entenderem e aceitarem sem muitos “sofrimentos” que novos rumos são necessários para a melhoria do serviço.

Habilidades associadas à criação de um ambiente de trabalho de alto envolvimento, incluem “empoderar” os funcionários compartilhando informações, encorajando a participação nas decisões e no investimento contínuo nos conhecimentos e nas habilidades dos funcionários, delegando-lhes autoridade (Caproni, 2002).

No tocante à avaliação dos resultados obtidos nas entrevistas, com relação às habilidades que deveriam ser desenvolvidas pelo gestor, verificamos que na visão dos mesmos, apesar de o fazerem de maneira instintiva e sem o embasamento teórico que permite a classificação e a racionalização das mesmas, muitas das habilidades citadas poderiam ser encaixadas no referencial teórico baseado em Caproni (2002). No entanto as habilidades devem ser desenvolvidas para mobilizar os conhecimentos adquiridos, sendo pois dois fatores mutuamente dependentes.

A coordenadora realizou a leitura do terceiro tema disparador que se referia a atitudes que permeariam as habilidades para o gerenciamento de UBS e pediu que o grupo completasse com o que achasse mais relevante em termos de atitudes.

Foi mencionado o papel do gerente e suas atitudes como exemplo para o restante da unidade, bem como uma série de características de conduta, como respeito no lidar com as pessoas, equilíbrio, proatividade, senso de justiça, paciência e ponderação: "... o teu exemplo é fundamental ... Você é atacado de todas as formas ... o equilíbrio é fundamental"; "... ser proativo e estimular isso na equipe"; "... as pessoas gostam de defender as suas vantagens pessoais ... você tem que fazer um equilíbrio de tudo isso"; "... procurar ser justo na medida do possível".

Em seguida passaram a uma breve problematização das características até então citadas, comparando o perfil que haviam descrito

com uma postura de “santo”, e que agir tal qual um santo seria impossível para qualquer um: “... é impossível ter o equilíbrio o tempo inteiro ...”.

Acabaram por concluir, que seria importante para eles enquanto gestores serem menos ansiosos e mais ponderados ao tomarem determinadas atitudes.

Verificamos que dos 03 temas propostos, o tema atitudes foi o mais discutido, ficando notório o quanto o fator comportamental dos atores sociais envolvidos no dia-a-dia das Unidades Básicas de Saúde afetam os gestores e como a dificuldade de lidar com tal fato atrapalha o processo de trabalho dos mesmos.

O Quadro resumo das atitudes ficou assim composto:-

- a) Atitude de ser mais democrático,
- b) Conseguir ouvir conviver,
- c) Suportar um pouco mais o conflito,
- d) Não deve ter muito personalismo,
- e) “Acho que a gente tem que ser radical... é na determinação que se tem em atingir os objetivos, pode ter muito flexibilidade, mas o limite dessa flexibilidade é atingir os objetivos pois formas de funcionar ou concessões que prejudiquem os objetivos do trabalho não podem”,
- f) Uma atitude de preservação,
- g) Maneira muito objetiva, muita clara,
- h) Também ouvir o lado do funcionário,
- i) Equilíbrio e bom senso sempre,
“a gente pode conseguir o apoio das pessoas quando você faz as coisas muito certinha contemporizando as coisas”,
- j) A credibilidade,
- k) A proximidade com a população,
- l) Não adianta ser ditador,
“na democracia você cresce aos poucos e se fortalece”,
- m) Ser exemplo,
- n) Atitude respeitosa,
- o) Coerência,
- p) Ser pró-ativo e estimular isso na equipe,
- q) Ser imparcial e justo,
- r) Ser humilde,
- s) Ser observador,
- t) Interferir menos.

O conceito de atitude vem sustentar o conceito de comportamento. A atitude traduz o que sustenta e estabiliza o comportamento. É a maneira pela qual um indivíduo se conduz em face da realidade em geral (e não apenas diante de uma situação particular). A atitude manifesta-se individualmente, mas admite-se, sem embargo, que ela é social, não apenas porque é produzida em um meio sócio-cultural específico, mas também porque denota certa maneira de se posicionar nas relações sociais” Zarafian (2002, p147)

Baseado portanto em Zarafian, entendemos que as atitudes inerentes a determinado cargo ou posição serão descritas dentro do contexto do comportamento organizacional que representa o conjunto de valores éticos, morais e sociais aceitos pelo grupo de atores que participam dos processos da instituição.

A coordenadora, apresentando novamente as unidades de significado relativas ao primeiro disparador (conhecimentos necessários para a gestão), pediu que relatassem experiências de seu cotidiano de trabalho que pudessem exemplificar o que fora listado. Houve algumas respostas em que apontaram os momentos de planejamento e as conversas com os usuários como exemplos práticos.

Então, a coordenadora perguntou de que maneira comporiam o elenco de competências que julgavam necessárias a um gerente, caso lhes fosse solicitado que elaborassem um curso de capacitação para gestores iniciantes de UBS.

Foram novamente levantadas as características pessoais que consideraram importantes, como equilíbrio, capacidade de escuta, de

negociação e flexibilidade, além de sugestões com relação ao formato do curso que em sua opinião deveria privilegiar uma metodologia/abordagem mais prática e menos teórica: “... fazer isso de uma maneira prática, ... é muito melhor trazer uma cena da vida real ...”; “... fazer psicodrama é uma coisa legal pra se fazer ... é uma dinâmica muito legal...”

A coordenadora mais uma vez sugeriu que continuassem a pensar sobre como poderiam preparar pessoas para assumirem a função de gerentes e o que julgam necessário conter um curso preparatório imaginário.

O grupo respondeu, listando alguns conhecimentos específicos como: “... precisa saber o que é o SUS ..., as prioridades ..., o PSF ..., saber de saúde, de leis ..., de RH... Eu preciso saber de todas essas informações ... como consigo medicamento ..., que dados que eu tenho ..., que população é essa ... Se for pra preparar, primeiro precisa dar esse monte de conhecimentos ...”. Por outro lado, foi apontado o modo como assumiram a gerência de seus postos e a maneira como foram lidando com a função de gestores: “... geralmente você cai de pára-quadras ...”; “...você vai no faro, no instinto ...”. Mencionam também a importância do gerente saber delegar funções a fim de obter maior apoio de sua equipe no desenvolvimento do trabalho na unidade.

Um ponto enfatizado foi o da necessidade de terem momentos de escuta tendo em vista sua rotina de trabalho, que apontam como sendo bastante atribulada: “...Nós agora estamos num momento em que precisamos de colo, precisamos ser ouvidos ..”

Outros pontos levantados quanto ao formato do curso foram: um ritmo menos acelerado, carga horária compatível com seus horários de trabalho e que não lhes seqüestrasse tanto tempo de permanência nas unidades que gerenciam. Estabeleceram como parâmetro de comparação o curso que alguns estão participando no momento: “... esse curso é muito legal ... só que a forma ... tá sendo massacrante ... tem semana que tem três encontros ...”; “... a gente acaba não conseguindo aproveitar o que realmente deveria ser aproveitado ...”

A coordenadora pediu que continuassem dando sugestões para a montagem do programa do curso que considerassem adequado: “Eu não sei qual o melhor curso, ... vamos imaginar, ... vamos pensar em montar esse curso ... Poderia ser a noite ...? ... utilizando desses conhecimentos, habilidades ...”

Mencionaram que deveriam ser consideradas no curso as diferenças e as peculiaridades entre as regiões, mesmo sendo próximas (“...faria uma coisa regionalizada... Há uma diferença incrível entre os dois antigos distritos que hoje fazem parte da área que foi aglutinada em uma Supervisão Técnica de Saúde ...”) e que poderia ter seu segmento voltado às necessidades que fossem surgindo ao longo do trabalho: “...ele continuaria na medida da necessidade ... não tem prazo pra terminar ...”. Apontaram também a possibilidade de serem trabalhadas no curso questões relativas ao manejo de relacionamentos e conflitos: “... um curso que abordasse a parte teórica,

mas que também abordasse as questões de relacionamento ... as coisas têm que ser mescladas” .

Em dado momento, foi sugerido que o curso além de se estender por um período maior, deveria ser “prático, gostoso ...”. Então, a coordenadora pede que exemplifiquem de que maneira ele poderia se tornar “gostoso”.

Primeiramente mencionam a presença de discussões de caso trazidas pelos próprios gerentes e, em seguida, a possibilidade de implantar uma abordagem chamada terapia comunitária, em que poderiam realizar trocas de experiências sem expectativas quanto à resolutividade de problemas, mas sim possibilitando o contato entre os gerentes e a discussão sobre as dúvidas, os impasses e as contradições do cotidiano de trabalho nas unidades: “... seria terapia comunitária dos gerentes ...”; “... a terapia comunitária é mais uma troca de experiência ...”; “... a gente fica numa situação meio difícil ... É legal, a prefeitura aprova ?...” Foram citadas muitas situações consideradas difíceis no trabalho e que não acreditam que isso possa estar contemplado em um curso: “... isso não tem curso que te diga ...” .

Ao final, a coordenadora agradeceu a presença e a colaboração de todos, e distribuiu o termo de consentimento livre e esclarecido entre os integrantes.

Ao término do encontro e posteriormente à transcrição dos dados da fita, por três vezes a coordenadora reuniu-se com a observadora, que havia

listado considerações sobre o desenvolvimento do grupo. Após as discussões realizadas destacamos os seguintes aspectos:

Comunicação: ocorreu com crescente fluidez entre os participantes. Presença de alguns ruídos na comunicação (conteúdos implícitos em algumas falas, problemas ocorridos naquela manhã) e também momentos de dispersão (telefones celulares).

Aprendizagem: exploraram pouco o primeiro item (conhecimentos). Lidaram com termos e conceitos da administração a partir de sentidos provenientes do senso comum (ex: quando discorreram sobre atitude). Exploraram poucos exemplos e as situações práticas relacionadas aos conceitos propostos.

Clima grupal: oscilante. Inicialmente pareciam bastante desconfiados e pouco a vontade. O primeiro disparador foi pouco discutido em relação aos demais. A tele (o clima) foi se tornando progressivamente menos tenso à medida que discutiam os pontos propostos e sentiam o apoio e a continência da coordenadora. Alternância entre momentos de descontração e de certa tensão. Neste caso, quando mencionaram a necessidade de escuta de suas dificuldades no trabalho, o curso de que estavam participando no momento (“... esse curso é massacrante e é revoltante..”) explicitaram o quanto se sentem cobrados.

Evidências de pertença ao grupo: o contato entre os integrantes foi facilitado pelo fato de já terem participado juntos de cursos e outros eventos.

Pertinência em relação à tarefa proposta: alternância entre momentos de tarefa e de evitação da mesma.

Observou-se a emergência de contradições, relacionadas ao exercício do papel do gerente, como: conhecimento prático X conhecimento teórico; ser “santo” X ser um bom gerente; estar como gerente X não estar como gerente.

Considerações Finais

Resgatando alguns elementos do construto teórico que dá sustentação ao presente estudo retomemos, o que Silveira (2000) apresenta em sua pesquisa sobre gestão e cultura organizacional na administração pública brasileira: que 70% dos líderes são centrados em Tarefas, 23% em Pessoas e apenas 7% em Tarefas e Pessoas, o que demonstra uma falta de atenção ao sistema social, que deve ser focado em toda a organização.

Os gestores segundo Drucker (2002) passam a maior parte do tempo administrando pessoas e tomando decisões com relação a elas e é assim que deve ser. Para o autor, hoje o investimento no humano e nas relações é o aspecto mais valorizado pelos gerentes eficazes.

Contudo, observamos que as práticas Tayloristas adequadas para o início do século, porém ultrapassadas em nosso tempo, ainda são as mais utilizadas. Os gestores desconhecem a importância da sinergia de diversos modelos de gestão que contemplem as diversas necessidades do serviço como alavancadores dos processos; e tal fato tende a acarretar a estagnação.

Silveira (2004) relata, ainda, que a estrutura da administração pública está a beira do caos, devido à lentidão do processo decisório, à falta de delegação, aos objetivos não compartilhados com as chefias intermediárias, à falta de exame da situação atual em relação ao ambiente interno e externo, à falta de plano de carreiras, a práticas de controle inadequadas ou

inexistentes e à presença da organização informal como antagonista à formal.

Marinho (1996) já mencionava em seu trabalho, que um dos fatores de desmotivação dos servidores públicos em buscar novos cursos de atualização é a falta de possibilidade de ascensão na carreira.

Mendes (2000) em seu trabalho sobre Inovação Gerencial na Administração Pública analisa as atitudes de gerentes, funcionários e usuários quanto ao tema e em uma das suas conclusões cita o fato das inovações propostas pela Secretaria Municipal de Saúde estudada, não terem contribuído para reestruturar a organização do trabalho, e não propiciarem a incorporação das concepções de qualidade dos sujeitos envolvidos e nem a alteração das relações de poder existentes entre gerentes, funcionários e usuários. Porém verificou que as atitudes dos gerentes frente à inovação influenciaram as atitudes dos seus subordinados.

Em seu estudo, Marinho (1996) afirma que ficou patente, que o modelo de administração burocrática em vigor, é de cunho patrimonialista, com o objetivo dominante de conquistar e manter espaços de poder.

Tomando por base os estudos citados e os resultados da presente investigação, fica evidente que a figura do gestor despreparado para tal é hoje um dos nós críticos do sistema, pois observamos que existe uma discrepância quanto as formas de liderança preconizados e os resultados obtidos nas diversas unidades pesquisadas. Observa-se também que tal fato está muito mais ligado ao interesse por buscar o conhecimento e ao esforço

peçoal do gerente do que a qualquer curso de capacitação local de que ele tenha participado; e os que mais precisam desenvolver suas competências são os que menos percebem ou compreendem essa necessidade.

Verificamos também que existe uma distância muito grande entre o que os gestores acreditam ser os conhecimentos gerenciais necessários a um gestor de Unidade Básica de Saúde e o preconizado como necessário para qualquer pessoa ocupando tal posição, conforme mostram os conteúdos programáticos dos cursos de gestão das diversas Universidades pesquisadas que ministram os mesmos. **(Anexo 10)**

Outro fator verificado é que independente de ter ou não participado de curso de capacitação interna em gestão, as rotinas do dia-a-dia dos gestores estudados não se modificaram.

As “falas” dos gestores demonstraram grande angústia em relação à multiplicidade de solicitações, cursos, reuniões, eventos e re-trabalho a que a Equipe de Saúde e os gestores estão submetidos. Ao avaliarmos o contexto, constatamos que apesar dos documentos da SMS sugerirem desde 2002 modelos de gestão e atribuições gerais e específicas para os gestores e as Equipes de Saúde isso não ocorre na prática.

O sistema ainda é regido predominantemente por princípios que se assemelham ao da Escola de Medelin, pois utiliza-se das ações programáticas e da mediação por interlocutores de áreas temáticas, e tal fato acarreta planejamentos e direcionamentos diferentes a serem implementados ao mesmo tempo, pelos mesmos agentes da gerência média

e seus interlocutores, e pelos gerentes e agentes da ponta, que enfrentam as agruras de não poderem planejar as suas ações e passarem o tempo todo “apagando incêndios”.

Isto aliado ao desconhecimento do gerenciamento do tempo e do estresse, do gerenciamento de conflitos, do gerenciamento das mudanças, e da falta de planejamento estratégico participativo com direcionamento único nos faz concordar com os resultados da pesquisa realizada por Santana (1997). Nesse estudo ficou evidente que:

(...) Há dois referenciais básicos para uma análise atual da questão gerencial na área de saúde em nosso País: a gravidade da crise de inoperância dos serviços de saúde ante o volume e as exigências de qualidade das demandas sociais e a fragilidade dos paradigmas administrativos em uso nessas organizações.

Com esse enfoque não se pretende fugir da velha discussão sobre a relevância das dimensões políticas sobre os aspectos técnicos do planejamento e da operação dos serviços de saúde, mas apenas reconhecer uma situação cada dia mais evidente no cotidiano dos estabelecimentos de saúde: o crescimento da demanda por capacidade gerencial.

O equacionamento dessa demanda por capacidade gerencial inclui, além do delineamento do perfil gerencial desejável e da implementação de estratégias de capacitação adequadas, a busca de novos paradigmas, isto é, a adoção de novos conceitos e novas práticas de gestão, destacando-se aqui os pontos que se referem à organização do trabalho. (Dussault, op. cit., p. 13).

Os ruídos na comunicação também foram mencionados pelos gerentes como motivo de desestímulo.

Segundo Drucker (2002), uma instituição existe para cumprir uma finalidade e uma das tarefas da Administração é transformar o trabalhador em realizador e, qualquer organização, seja ela qual for, decai se não inova e fracassa se não administra.

Não podemos deixar de mencionar que há necessidade de redesenho dos macroprocessos e de entendimento de que novas competências devem ser desenvolvidas para que haja condições de melhorar os serviços prestados à população no serviço público e especificamente nas Unidades Básicas de Saúde.

Como já descrevemos anteriormente vários cursos de capacitação foram realizados na SMS-SP. As metodologias podem ter sido discretamente diferentes, porém os conteúdos eram muito parecidos.

Os preceptores também podem ter mudado, porém não se verificou mudança de comportamento dos gerentes após as capacitações.

Os documentos consultados e mencionados na introdução demonstram que existem atribuições descritas para o exercício da gestão das Unidades Básicas de Saúde, mas não pudemos evidenciar que tais atribuições estejam sendo levadas em consideração.

Ao falarmos de competência gerencial, enumeramos algumas que são de consenso entre os autores como Robert E. Quinn; Sue R. Faerman; Michael P. Thompson; Michael Macgrath (2003), Silva (2001), Drucker (2002), Zarifian (2001), Hammel; Prahalad (1990), Fleury; Fleury (2001),

Chiavenato (2002), Mello (2003), no Prêmio Malcolm Baldrige de Qualidade, e no Programa Nacional de Gestão em Saúde:

- 1- Ter Visão Global (sistêmica e de longo prazo)
- 2- Comunicação Eficaz
- 3- Negociação
- 4- Gerenciar Conflitos
- 5- Gerenciar as mudanças
- 6- Gerenciar o tempo e o estresse
- 7- Usar do processo decisório participativo
- 8- Gestão de planos, ações e resultados
- 9- Pensamento criativo
- 10- Fomentar um ambiente produtivo de trabalho
- 11- Ter responsabilidade ética e social
- 12- Saber responsabilizar-se e comprometer-se

Mello (2003) em seu trabalho com visão crítica sobre o modelo de gestão de competências refere-se à exclusão automática realizada pelos profissionais de RH, caso determinado candidato não apresente tal ou tal competência, lembrando que a competência profissional advém de um processo dinâmico de mobilização de conhecimentos, desenvolvimento de habilidades e de respostas comportamentais inerentes ao contexto não só do trabalho mais da cultura organizacional.

A tendência da administração moderna é de aglutinar as competências de diferentes modelos, e que estas possam ser utilizadas, modificadas e aprimoradas conforme a necessidade.

Esse tema apesar de já ser discutido desde 1990 quando da sua introdução no mundo da gestão por Prahalad e Hamel no livro “*The Core Competence of the Corporation*”, ainda carece de estudo no tocante à gestão de Unidades Básicas de Saúde.

Longe da pretensão de responder com um único estudo a todas as indagações, reconhecemos as limitações de um trabalho acadêmico que deve responder aos objetivos a ele inerentes. Nesse sentido consideramos que conhecer o perfil de competências dos atuais gestores de UBS de uma área tomada como amostra da SMS-SP, permitiu concluir que as atuais competências não favorecem a implementação dos novos modelos assistências e gerenciais que contemplam as estratégias que lhe são próprias.

Ao respondermos aos objetivos específicos, os dados mostraram que a percepção dos atuais gestores em relação às competências para gerir as UBS, contempla uma visão simplista e que existe um despreparo desses agentes.

Portanto, defendemos a tese de que para haver a ascensão de profissionais à posição de gestor de uma Unidade Básica de Saúde ou a quaisquer Serviços de Saúde deveria ser instituído um Sistema de Avaliação

de Competências e Certificação de Formação Profissional, na qual os cursos específicos de Gestão em Saúde fossem pré-requisitos.

Isto porque, ficou evidente que o despreparo do gestor influencia diretamente o modo de operacionalização das estratégias e a dinâmica das equipes envolvidas nos serviços, contribuindo para a ineficácia e ineficiência dos processos.

Com isso, apesar das limitações do estudo, no sentido do cenário ter representado uma pequena amostra da complexidade e da diversidade das situações inerentes a um Município de porte gigantesco como São Paulo, consideramos que os resultados da presente investigação possam subsidiar a constituição de um perfil de competências gerenciais que sejam mais favoráveis à consolidação de novos modelos de gestão em saúde, que foquem a saúde como “qualidade de vida”.

Deixamos aqui algumas propostas para trabalhos futuros que podem dar continuidade a esta pesquisa inicial:

- Quais serão, na percepção dos líderes da cúpula administrativa da PMSP e da SMS, as competências desejadas do gestor de Unidades Básicas de Saúde?
- Qual o perfil desejado para um candidato a gestor de Unidades Básicas de Saúde?

Anexos

ANEXO 1 - Minuta de Lei sobre processo seletivo para o cargo de Gestor de UBS

ROSE MARIA INOJOSA

TÍTULO III DA SELEÇÃO PARA A DIREÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Artigo 4º - Os dirigentes das Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde do Município de São Paulo serão escolhidos mediante processo de seleção prévia e indicação pelos Conselhos Gestores das respectivas Unidades, organizados nos termos da Lei 13.315, de 8 de fevereiro de 2002.

Parágrafo 1º - A seleção de dirigentes de Unidades Básicas de Saúde, conforme o *caput* deste artigo, será bienal devendo ocorrer até o último dia útil do mês de maio.

Parágrafo 2º - Caberá processo de seleção extraordinário na hipótese de vacância inesperada de chefia de Unidade Básica de Saúde ou em situações justificadas pelo Coordenador de Saúde e/ou pelo Conselho Gestor e apoiadas pelo Conselho Distrital de Saúde.

Parágrafo 3º - Poderá participar do processo seletivo todo e qualquer servidor público do Sistema Único de Saúde sob gestão da Prefeitura do Município de São Paulo, portador dos requisitos para o provimento do cargo.

Artigo 5º - O processo de seleção será composto por duas etapas sendo que a aprovação na primeira etapa é requisito para participar da segunda etapa.

Parágrafo 1º - A primeira etapa é a participação e a aprovação em prova única para o Município de São Paulo, periodicamente aplicada pela Secretaria Municipal da Saúde.

Parágrafo 2º - Os candidatos aprovados na primeira etapa são considerados habilitados para a segunda etapa durante os 4 (quatro) anos consecutivos à aprovação, independentemente de serem nomeados nesse período para uma chefia.

Parágrafo 3º - Os candidatos habilitados na primeira etapa poderão participar da segunda etapa, apresentando seu *curriculum vitae* ao Conselho Gestor de uma das Unidades Básicas de Saúde, no período definido para a seleção bienal ou em processo de seleção extraordinário convocado pelo Conselho Gestor, com a aprovação do Conselho Distrital de Saúde.

Parágrafo 4º - Os conselheiros do Conselho Gestor, representantes do segmento dos usuários, para participarem no processo de indicação para dirigentes de Unidades Básicas de Saúde deverão estar inscritos como usuários da Unidade Básica de Saúde e serem portadores do Cartão Nacional SUS.

Parágrafo 5º - Cabe ao Conselho Gestor apresentar ao Coordenador de Saúde da Subprefeitura uma lista tríplice dentre os candidatos aprovados interessados na chefia da Unidade Básica de Saúde.

Parágrafo 6º - Cabe ao Coordenador de Saúde indicar o candidato aprovado para nomeação.

Parágrafo 7º - A Coordenação de Saúde poderá a qualquer tempo propor a substituição do nome selecionado por outro integrante da lista tríplece ou solicitar, com a devida justificativa, uma nova lista tríplece ao Conselho Gestor.

Artigo 6º - Anualmente, até o décimo quinto dia útil do mês de dezembro, dirigente de Unidade Básica de Saúde deverá apresentar ao Conselho Gestor uma Carta Compromisso, previamente aprovada pela direção distrital de saúde explicando metas de produção e de qualidade para a Unidade Básica de Saúde bem como, os indicadores de avaliação.

Parágrafo 1º - A Secretaria Municipal da Saúde, gestora do Sistema Único de Saúde do Município de São Paulo, definirá, por portaria, um modelo comum de Carta-Compromisso, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, com as orientações para a sua elaboração.

Parágrafo 2º - O dirigente de Unidade Básica de Saúde deverá disponibilizar os dados referentes à produção mensal da Unidade e aos resultados das metas qualitativas em relatório anual e também quanto solicitado pelo Conselho Gestor.

TÍTULO IV DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS E FINAIS

Artigo 7º - Nos casos de alteração da forma de provimento dos cargos, fica facultada a critério da Administração e até a realização da seleção definida no título III desta Lei, a manutenção dos atuais titulares, ainda que não preencham os novos requisitos exigidos por esta lei.

Artigo 8º - As despesas decorrentes da aplicação da presente lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias do orçamento vigente.

Artigo 9º - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

ANEXO 2

O Projeto de Lei nº 25/02 (veja abaixo), com alterações propostas pela senadora Lúcia Vânia, encontra-se com a possibilidade de entrar na pauta de votação do Congresso.

A Diretoria
Cremesp

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 25(SUBSTITUTIVO), DE 2002

Dispõe sobre o exercício da Medicina.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O médico desenvolverá suas ações no campo da atenção à saúde humana para:

I – a promoção da saúde;

II – a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças;

III – a reabilitação dos enfermos.

Parágrafo único. São atos privativos de médico a formulação do diagnóstico médico e a prescrição terapêutica das doenças.

Art. 2º Compete ao Conselho Federal de Medicina definir, por meio de resolução, os procedimentos médicos experimentais, os aceitos e os vedados, para utilização pelos médicos.

Art. 3º São privativas de médico as funções de coordenação, chefia, direção técnica, perícia, auditoria, supervisão e ensino vinculadas, de forma imediata e direta, a procedimentos médicos.

Parágrafo único . A direção administrativa de serviços de saúde e as funções de direção, chefia e supervisão que não exijam formação médica não constituem funções privativas de médico.

Art. 4º A infração aos dispositivos desta Lei configura crime de exercício ilegal da Medicina, nos termos do art. 282 do Código Penal (Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940).

Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

ANEXO 3

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO NÍVEL MESTRADO
CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

A Sra

Coordenadora da Atenção Básica Prefeitura Municipal de São Paulo

Vimos solicitar a autorização de V. Sa. para a execução da coleta de dados referente à pesquisa intitulada: "Competências essenciais para gestão de Unidades de Saúde Coletiva: Percepção do Gestor".

Esta pesquisa tem como objetivo conhecer o perfil de competências dos atuais gestores das Unidades Básicas de Saúde do Município de São Paulo e analisar se essas competências propiciam ou não a implementação dos novos modelos assistenciais e gerencias que contemplam estratégias que lhe são inerentes.

A coleta de dados será realizada em duas etapas. Na primeira os dados serão coletados por meio de entrevista com questões semidiretivas onde o gerente deverá explicitar competências que ele julga necessárias à gestão. Essas entrevistas serão gravadas, transcritas e analisadas segundo a análise de conteúdo (Minayo).

Na segunda etapa os mesmos gerentes serão convidados a participar de entrevista coletiva em grupos focais onde utilizaremos um guia estruturado de temas disparadores dos encontros.

Gostaríamos de realizar essa pesquisa na região Sul de São Paulo compreendida pela antiga Coordenação de Saúde do Campo Limpo

O projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de São Paulo e solicitaremos o consentimento livre e

esclarecido dos entrevistados que poderão retirar-se da pesquisa em qualquer fase da mesma sem prejuízo ou penalização de qualquer natureza.

Salientamos o caráter científico do estudo proposto e ressaltamos que não haverá identificação pessoal ou institucional e que as informações fornecidas serão tratadas de modo sigiloso. Comprometemo-nos a enviar os resultados da pesquisa a esta Instituição.

São Paulo, ____/____/____.

Assinatura de consentimento: _____

Pesquisadora/Mestranda: _____

Adriana Maria André Telefone: (011)35022680 e-mail: nauan@ig.com.br

Sob orientação da Prof. Dra Maria Helena Trench Ciampone

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Telefone(011)30667555

ANEXO 4

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO NÍVEL MESTRADO
**CARTA AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO**

Esta pesquisa tem por objetivo conhecer o perfil de competências dos atuais gestores das Unidades Básicas de Saúde do Município de São Paulo e analisar se essas competências propiciam ou não a implementação dos novos modelos assistenciais e gerencias que contemplam estratégias que lhe são inerentes.

A coleta de dados será realizada em duas etapas. Na primeira os dados serão coletados por meio de entrevista com questões semidiretivas onde o gerente deverá explicitar competências que ele julga necessárias à gestão. Essas entrevistas serão gravadas, transcritas e analisadas segundo a análise de conteúdo (Minayo).

Na segunda etapa os mesmos gerentes serão convidados a participar de entrevista coletiva em grupos focais onde utilizaremos um guia estruturado de temas disparadores dos encontros.

Nesta, será realizada uma devolutiva final com os participantes da pesquisa, visando propiciar um momento reflexivo.

Gostaríamos de realizar essa pesquisa na região Sul de São Paulo compreendida pela antiga Coordenação de Saúde do Campo Limpo

Solicitaremos o consentimento livre e esclarecido dos entrevistadas que poderão retirar-se da pesquisa em qualquer fase da mesma sem prejuízo ou penalização de qualquer natureza.

Salientamos o caráter científico do estudo proposto e ressaltamos que não haverá identificação pessoal ou institucional e que as informações fornecidas serão tratadas de modo sigiloso. Comprometemo-nos a enviar os resultados da pesquisa a esta Instituição.

São Paulo, ____/____/____.

Assinatura de consentimento: _____

Pesquisadora/Mestranda: _____

Adriana Maria André Telefone: (011)35022680 e-mail: nauan@ig.com.br

Sob orientação da Prof. Dra Maria Helena Trench Ciampone

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo Telefone(011)30667555

ANEXO 5

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO NÍVEL MESTRADO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, autorizo a utilização de todas as informações fornecidas por mim tanto ao responder aos questionários, quanto ao participar da entrevista, para a execução da pesquisa intitulada: "Competências essenciais para gestão de Unidades de Saúde Coletiva: Percepção do Gestor".

Esta pesquisa tem por objetivo conhecer o perfil de competências dos atuais gestores das Unidades Básicas de Saúde do Município de São Paulo e analisar se essas competências propiciam ou não a implementação dos novos modelos assistenciais e gerencias que contemplam estratégias que lhe são inerentes.

Os dados serão coletados por meio de entrevista com questões semidiretivas onde o gerente deverá explicitar competências que ele julga necessárias à gestão. Essas entrevistas serão gravadas, transcritas e analisadas segundo a análise de conteúdo.

Tenho conhecimento do caráter científico do estudo, no qual minha colaboração é estritamente voluntária, sendo-me assegurado o direito de retirar este consentimento em qualquer fase da investigação, sem nenhuma penalização ou prejuízo à minha pessoa. Estou ciente de que não haverá identificação pessoal e que as informações fornecidas serão tratadas de modo sigiloso.

Também estou ciente que a minha participação como sujeito da pesquisa, através da resposta ao questionário e no momento da entrevista, ocorrerão em data e local marcado antecipadamente, de modo a não interferir desfavoravelmente na minha rotina de trabalho.

São Paulo, ____/____/____.

Assinatura do Informante: _____

Pesquisadora/Mestranda: _____

Adriana Maria André Telefone: (011)35022680 e-mail: nauan@ig.com.br

Sob orientação da Prof. Dra Maria Helena Trench Ciampone

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo Telefone(011)30667555

ANEXO 6

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO NÍVEL MESTRADO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, autorizo a utilização de todas as informações fornecidas por mim tanto ao responder aos questionários, quanto ao participar do Grupo Focal, para a execução da pesquisa intitulada: "Competências essenciais para gestão de Unidades de Saúde Coletiva: Percepção do Gestor".

Esta pesquisa tem por objetivo Conhecer o perfil de competências dos atuais gestores das Unidades Básicas de Saúde do Município de São Paulo e analisar se essas competências propiciam ou não a implementação dos novos modelos assistenciais e gerencias que contemplam estratégias que lhe são inerentes.

Os gerentes serão convidados a participar de entrevista coletiva em grupos focais onde utilizaremos um guia estruturado de temas disparadores dos encontros.

Esta será gravada, transcrita e realizaremos a crônica e a síntese das "falas", após esse processo as fitas serão destruídas.

Tenho conhecimento do caráter científico do estudo, no qual minha colaboração é estritamente voluntária, sendo-me assegurado o direito de retirar este consentimento em qualquer fase da investigação, sem nenhuma penalização ou prejuízo à minha pessoa.

Estou ciente de que não haverá identificação pessoal e que as informações fornecidas serão tratadas de modo sigiloso.

Também estou ciente que a minha participação como sujeito da pesquisa, através da resposta ao questionário e no momento da entrevista, ocorrerão em data e local marcado antecipadamente, de modo a não interferir desfavoravelmente na minha rotina de trabalho.

São Paulo, ____/____/____.

Assinatura do Informante: _____

Pesquisadora/Mestranda: _____

Adriana Maria André Telefone: (011)35022680 e-mail: nauan@ig.com.br

Sob orientação da Prof. Dra Maria Helena Trench Ciampone

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo Telefone(011)30667555

ANEXO 7 - QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Idade:

Sexo:

Formação:

Graduação: _____ ano de conclusão: _____

Pós-graduação:

Latu sensu: () área: _____ ano de conclusão: _____

strictu sensu: () área: _____ ano de conclusão: _____

Fez o "GERUS"? sim () não ()

Outros Cursos de Atualização nos últimos 5 anos com carga horária maior que 30 horas: _____

_____Experiência Profissional

Quantos anos no serviço público? _____

Quantos anos em cargo de gestão?

6 meses - 1 ano ()

1,5 - 3 anos ()

3,5 - 5 anos ()

+ de 5 anos ()

Onde?

UBS ()

Ambulatório de Especialidade ()

Hospital Público ()

Hospital Universitário ()

Hospital Privado ()

Laboratório ()

Outro tipo de Serviço ()

Qual? _____

ANEXO 8 - Roteiro para entrevista

Entrevistado:

Data:

Local:

Entrevistador:

Roteiro

1. Quais são na sua opinião os conhecimentos gerenciais necessários a um gerente de Unidade Básica de Saúde?
2. Quais são na sua opinião as habilidades gerenciais a serem desenvolvidas por um gestor de Unidade Básica de Saúde?
3. Quais são as atitudes que devem permear os conhecimentos e a habilidades gerenciais desejáveis de um gestor de UBS?

ANEXO 9**Guia para grupo focal**

Data:

Local:

Membros:

Coordenador:

Observador:

OBJETIVO GERAL:

Conhecer o perfil de competências dos atuais gestores das Unidades Básicas de Saúde do Município de São Paulo e analisar se essas competências propiciam ou não a implementação dos novos modelos assistenciais e gerencias que contemplam estratégias que lhe são inerentes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar na percepção dos atuais gestores quais são as competências para a gestão das UBS.
- Problematicar se a formação e o preparo específico destes gestores influencia no modo de operacionalização das estratégias e na dinâmica das equipes envolvidas nos serviços.
- Subsidiar dados para um perfil de competências gerenciais compatível com os novos modelos de gestão em saúde.

Temas disparadores

1. Nas entrevistas por nós realizadas foram levantados quais conhecimentos necessários para um gestor de Unidade Básica de Saúde, os resultados foram os seguintes..... Vocês adicionariam ou tirariam algum dos conhecimentos aqui expostos?
2. Outro item levantado foi às habilidades que deveriam ser desenvolvidas para tal cargo, os resultados foram os seguintes.... Quanto às habilidades gerenciais, vocês acrescentariam alguma coisa?
3. A terceira pergunta realizada na entrevista dizia respeito às atitudes que permeariam as habilidades desenvolvidas pelos gestores. Os resultados foram os seguintes..... Quanto às atitudes citadas, vocês fariam alguma modificação?
4. Exemplifique como vocês aplicam essas competências no dia-a-dia.
5. Quais são as competências para a gestão que vocês reconhecem necessárias de serem desenvolvidas? Como operacionalizar essa capacitação?

ANEXO 10

CONTEÚDO PROGRAMÁTICA DOS CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE DE RENOMADAS UNIVERSIDADES NO BRASIL

Universidade A

Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Clientela alvo:

Profissionais de nível superior preferencialmente os vinculados a Secretaria Estadual de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde que atuam na área de gestão de sistemas municipais, regionais ou estaduais de saúde.

Área Temática I- Políticas de Saúde

- Estado, Sociedade e Políticas Sociais.
- História das Políticas Sociais no Brasil.
- Globalização e Políticas Sociais.
- Controle Social (Conselhos de Saúde e outros instrumentos).
- A história e as políticas de saúde no Brasil.
- Desenvolvimento da Saúde Pública no Brasil.
- Desenvolvimento da Previdência no Brasil.
- História da Saúde em Goiás.
- A Reforma Sanitária, Constituição e as Leis Orgânicas da Saúde.
- As Conferências Nacionais de Saúde.
- Os planos de Gestão do SUS.
- Normas Operacionais de Saúde (91 e 93).
- Nob/96-SUS/NOAS.
- Estratégias de aplicação das normas operacionais.
- Modelos de atenção à saúde.
- Origem do modelo hospitalocêntrico.
- Medicina Comunitária, Atenção Primária de Saúde e Programas Integrals de Saúde(Modelo Programático).
- Sistemas Locais de Saúde(SILOS) e Distritos Sanitários.
- Modelos Alternativos(Cidade Saudável, Defesa da Vida e Programa Saúde da Família).
- Descentralização(Regionalização e Municipalização).
- Consórcios de Saúde.
- Estratégias de aplicação dos modelos assistenciais.

Área Temática II: Gestão de Sistemas e Serviços.

- Modelos de Gerência Social
- Gerenciamento e o processo de mudança.
- Diagnóstico organizacional e os métodos de mudança.
- Estratégias de mudança do modelo de gerência social.
- Sistema de Informações.
- Sistema Nacional de Informação em Saúde.
- Introdução à Informática(uso de banco de dados e Internet).
- Análise de dados.
- Utilização de Banco de Dados do DATASUS.
- Planejamento em Saúde.

- História do Planejamento na AL e na Saúde.
- Métodos de Planejamento e o Planejamento Estratégico em Saúde(PES).
- MAPP.
- Planos e Projetos.
- PPI e PDR.
- Programas e Projetos (Informações e uso de Dados).
- Trabalho em campo (Elaboração de um Projeto, Programa, PPI, PDR, PES ou MAPP).
- Epidemiologia.
- Conceitos gerais de Epidemiologia.
- Epidemiologia na prática dos serviços de saúde e Programas.
- Dinâmica das doenças infecciosas e não infecciosas.
- Gestão de Recursos Humanos.
- Problemas gerenciais e recursos humanos em saúde.
- Recursos humanos e relações de trabalho no setor saúde.
- Estratégia de organização de RH.
- Mecanismo de pactuação e regulação.
- Instrumentos de negociação e pactuação.
- Negociação como instrumento de gerência nos serviços de saúde.
- Metodologias de investigação de sistemas de saúde.
- A vigilância como instrumento de saúde pública.
- Vigilância à saúde.
- Vigilância Sanitária e meio ambiente.
- Estimativa Rápida.
- Metodologia Científica e Iniciação ao Trabalho Científico.

Área Temática III: Ferramentas Gerenciais.

- Financiamentos e Orçamentos.
- Histórico da gestão financeira em saúde.
- Instrumentos de gestão financeira.
- Legislação Básica do SUS na área financeira.
- Alocação de Recursos.
- Estratégias de organização da área financeira.
- Gerência de Materiais.
- Organização e Planejamento de materiais – rotinas.
- Gerenciamento de manutenção.
- Estratégias para organização de materiais.
- Gerência de Compras.
- Planejamento e organização de compras.
- Instrumentos de licitações.
- Estratégias de organização de compras.
- Gerência de qualidade.
- Avaliação.
- Qualidade e questões associadas.
- Aplicação das idéias de Avaliação e Qualidade.
- Gerência de custo.
- Conceito e tipos de custo nos serviços de saúde.
- Organização de serviços de custo.
- Controle e contenção de custos.

UNIVERSIDADE B

Especialização em Administração de Sistemas de Saúde e Hospitalar

Disciplinas Instrumentais:

1. Análise Exploratória de Dados;
2. Contabilidade;
3. Matemática Financeira;
4. Habilidades Computacionais;
5. Epidemiologia e Estatística Vital.

Disciplinas de Habilidades Pessoais:

1. Comunicação e Expressão;
2. Negociação;
3. Equipes Interpessoais e Equipes de Alta Performance.

Disciplinas do Currículo Nuclear Geral:

1. Políticas Sociais e de Saúde;
2. Gestão em Saúde – Modelos e Visão Futura;
3. Planejamento Estratégico em Saúde;
4. Modelo Assistencial e Sistemas Comparados;
5. Gestão de Pessoas em Serviços de Saúde;
6. Gestão Financeira e Orçamentária em Serviços de Saúde;
7. Marketing Social e de Serviços de Saúde;
8. Economia em Saúde;
9. Informações e Tecnologia da Informação em Saúde;
10. Ética e Direito em Saúde.

Disciplinas do Currículo Nuclear Específico:

1. Gestão de Operações das Linhas de Cuidados Assistenciais;
2. Gestão de Operações das Linhas de Apoio Clínico e Técnico;
3. Gestão de Processos e de Operações das Linhas de Logística e Apoio Gerencial;
4. Gestão da Cadeia de Suprimentos;
5. Planejamento e Programação do Espaço Físico em Serviços

UNIVERSIDADE C

Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão de Saúde

Sociedade e Saúde

- Políticas de Saúde, Epidemiologia aplicada à Administração de Serviços de - Saúde e Economia aplicada à Saúde

Quantificação dos Problemas de Saúde

- Estatística Vital e Sistemas de Informação em Saúde.

Administração e Comportamento Organizacional

- Teoria Geral da Administração, Comportamento Organizacional, Administração de Recursos Humanos, Ética e Legislação, Administração de -Recursos Financeiros e Marketing em Serviços de Saúde.

Planejamento dos Serviços de Saúde

- Planejamento em Saúde, Auditoria em Serviços de Saúde e Avaliação dos Serviços de Saúde.

Administração da Produção nos Serviços de Saúde

- Administração da Produção nos Serviços de Saúde, Planejamento Físico nos Serviços de Saúde.

UNIVERSIDADE D

MBA-Gestão da Saúde

Módulo I - Análise dos sistemas de saúde nacional e internacionais

- Aspectos históricos, econômicos e sociais dos sistemas de saúde nacional e internacionais: história econômica brasileira e ação dos agentes formadores do sistema de saúde no Brasil; cadeia de produção e serviço no segmento da saúde; políticas econômicas e demanda por serviços de atenção à saúde; lógica organizacional das instituições públicas não estatais, privadas e públicas.
- Seminários avançados: temas conjunturais do segmento de saúde, mantendo a atualização do curso; ética e mercado; cidadania: aspectos legais e culturais; prevenção e promoção de saúde.

Módulo II - Economia aplicada aos sistemas de saúde

- Macroeconomia e análise da dinâmica do mercado de saúde - a interação entre os sistemas público e privado: princípios fundamentais de macroeconomia; agregados macroeconômicos e impactos no segmento de saúde; perspectivas e tendências do segmento de serviços de atenção à saúde; relações entre SUS e sistema de saúde complementar na formação do mercado de serviços de atenção à saúde; variáveis macroeconômicas e decisões de investimento.
- Microeconomia e análise da dinâmica do mercado de saúde: condições determinantes da estrutura do mercado de serviços de atenção à saúde; uso de instrumentos para as decisões relativas à formação de preços; características de funcionamento dos mercados imperfeitos e análise da concorrência; teoria da firma, oligopólio, monopólio; bens públicos; informação assimétrica.

Módulo III - Gestão do trabalho e da informação aplicados aos sistemas de saúde

- Economia e gestão do trabalho: demanda e oferta de postos de trabalho; capacitação para a gestão de organizações; planejamento e gestão de recursos humanos; metodologias de suporte a decisões relativas à formação de equipes de trabalho e à capacitação; capital humano e produtividade.
- Economia da informação e comunicação: impactos econômicos da comunicação e informação nas organizações; conhecimento enquanto fator de produção; marketing; comunicação como ferramenta de gestão; tecnologia da comunicação e informação nas organizações de saúde.

Módulo IV - Análise prospectiva de curto e longo prazos

- Identificação e resolução de problemas organizacionais: instrumentos para identificar e propor soluções para problemas complexos, técnicas avançadas de planejamento de curto e médio prazos; planejamento como aprendizagem; cenários de planejamento.
- Ferramentas de análise prospectiva: planejamento de longo prazo e da grande estratégia; participação e compromisso na elaboração da grande estratégia.

Módulo V - Engenharia econômica e análise de risco

- ☐ Engenharia econômica: gerenciamento e planejamento financeiro das organizações; avaliação de projetos; captação de recursos financeiros; estrutura de custos e seu gerenciamento.
- ☐ Gerenciamento de risco: mercado de seguros para o segmento de saúde no Brasil e principais operações de risco; seguro privado e social no segmento da saúde; epidemiologia e perfil da população atendida.

Monografia

- ☐ Técnicas de elaboração do trabalho monográfico: instrumentos e técnicas de pesquisa para o trabalho de conclusão do curso; planejamento da elaboração da monografia.
- ☐ Orientação à monografia: acompanhamento das atividades de reflexão sobre o conteúdo do curso e da utilização do ferramental das disciplinas instrumentais; acompanhamento e orientação da elaboração e apresentação do trabalho de conclusão do curso.

UNIVERSIDADE E

MBA-Gestão da Economia em Saúde

1. Avaliação de Tecnologia de Saúde
2. Bioética
3. Componentes Sociais no Sistema de Saúde
4. Desafios do Sistema de Saúde
5. Fundamentos da Economia da Saúde
6. Fundamentos da Teoria Econômica I - Microeconomia
7. Fundamentos da Teoria Econômica II - Macroeconomia
8. Gerenciamento de Custos
9. Gerenciamento de doenças
10. Gestão da Qualidade
11. Gestão de Empreendimentos
12. Gestão de Informática
13. Gestão de Marketing
14. Gestão de Medicamentos
15. Gestão do Espaço Físico da Saúde
16. Gestão e Desenvolvimento do Fator Humano
17. Gestão Estratégica de negócios
18. Gestão Financeira
19. Jogos de Negócios
20. Medidas e Evidencias em Saúde
21. O Sistema Público de Saúde
22. Regulação e Fiscalização do Sistema de Saúde
23. Seminários de Economia e Sistemas de Saúde
24. Sistema Suplementar de Saúde

UNIVERSIDADE F

Curso de Especialização em Gestão da Saúde Pública

Pós-Graduação

Este curso é direcionado para os colaboradores da SMS detentores de graduação universitária e constituído de treze disciplinas, com carga horária de 420 horas/aula, sendo sete, obrigatórias, as quais compõem o Módulo Básico e outras seis, específicas, que compõem o módulo de Concentração em Saúde Pública. A seguir, são apresentadas as disciplinas que compõem o módulo básico.

Módulo Básico

1. Política e Organização dos Serviços de Saúde
 - A assistência à saúde no Brasil - Histórico, Cenários, Dilemas e tendências e bases legais
 - Políticas de Saúde: Tendências, processo de descentralização;
 - Intersetorialidade;
 - Controle social/ participação da Comunidade/ Normas Operacionais;
 - NOAS - Gestão de Contratos e Mecanismos de Regulação;
 - Os modelos SUS e Saúde Suplementar;
 - Fontes de Financiamento;
 - Remuneração dos serviços;
 - Gerenciamento da Assistência e Mecanismos de Regulação.
2. Formação de Gestores em Negócio de Saúde
 - Aspectos Culturais;
 - Como funciona o Sistema de Saúde;
 - Modelo de gestão;
 - Gestor Empreendedor;
 - Plano de Negócio.
3. Relações Interpessoais
 - Relações interpessoais, intrapessoais, intragrupo;
 - Indivíduo, pessoa e papéis sociais;
 - Ética e Bioética;
 - Teoria dos papéis de Erving Goffman;
 - Teoria dos vínculos de Pichón Riviére;
 - Papéis e representações sociais;
 - Conflito entre papéis profissionais universo organizacional da saúde;
 - Caracterização dos cenários culturais da organizações de saúde;
 - Atores sociais num universo cultural- organizacional de saúde: mitos, símbolos, valores, crenças e lógicas na gestão da saúde;
 - Competição, ruídos e comunicação interpessoal;
 - Relações interpessoais e resistências à interdisciplinaridade no mundo da saúde.
4. Sistemas de Informações Gerenciais
 - A visão contábil x ERP - sistemas e subsistemas;
 - Funcionalidades dos sistemas - Estudo de um produto;

- Aplicações médicas - Características e requisitos;
- Planejamento de Sistemas de Informações;
- Sistemas de Informações e Planejamento Estratégico.

5. Planejamento, Programação e Avaliação dos Serviços de Saúde

- Epidemiologia;
- Planejamento em Saúde;
- Avaliação em Saúde;
- Estatística.

6. Qualidade em Serviços de Saúde

- Histórias, Dimensões e Definições;
- Acreditação em Serviços de Saúde;
- Ferramentas da Qualidade aplicadas aos Serviços de Saúde;
- Avaliação da Qualidade em Serviços de Saúde.

7. Didática no Ensino Superior

- Fundamentos;
- Práticas.

UNIVERSIDADE G

Curso de Especialização em GERENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

CLIENTELA

Profissionais de saúde com curso de graduação.

OBJETIVOS DO CURSO

O curso tem a finalidade de formar gestores de Serviços de Saúde, para aprimorar as competências e habilidades interpessoais e gerenciais dos profissionais de saúde, na gestão de serviços, enquanto atores sociais envolvidos nos processos de trabalho e de atendimento à clientela.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

- Módulo 1 - Políticas sociais e de saúde determinantes do trabalho em saúde (60 horas)
- Módulo 2 - Instrumentos gerenciais e a Ética no gerenciamento (120 horas)
- Módulo 3 - Gerenciamento de pessoas na área da saúde(120 horas)
- Módulo 4 - Gerenciamento de ambiente, materiais e de custos (60 horas)

Ao final de cada Módulo serão ministrados conteúdos sobre metodologia científica e realizadas orientações que subsidiarão o desenvolvimento das monografias.

ANEXO 11- ENTREVISTAS

ANÁLISE TRANSVERSAL

1. Quais são na sua opinião os conhecimentos gerenciais necessários a um gerente de Unidade Básica de Saúde?

<u>GERENTE1</u>	<u>GERENTE2</u>	<u>GERENTE3</u>	<u>GERENTE4</u>	<u>GERENTE5</u>	<u>GERENTE6</u>
<p><u>conhecer a propostas do SUS</u> ter participado ou <u>estar</u> <u>consciente das metas e</u> <u>prioridades da região,do</u> <u>município</u> <u>conhecer a máquina</u> <u>administrativa</u> .. porque isso é complexo, porque é permeável de burocracia, estruturas toda hora mudam e muitas vezes.parece que são feitas para impedir o trabalho.e não para favorecer,</p> <p><u>conhecer sua área de</u> <u>abrangência,</u></p> <p>para poder aproveitar bem</p> <p>para poder montar um projeto de trabalho</p> <p><u>histórico daquela Unidade</u></p>	<p><u>a parte</u> <u>administrativa</u></p> <p><u>conhecimento da</u> <u>Unidade</u></p> <p><u>conhecer o pessoal</u></p>	<p><u>conheça a sua</u> <u>população</u> a necessidade da sua população</p>	<p><u>saber é a dinâmica de</u> <u>uma Unidade de</u> <u>Saúde.</u> Os protocolos ter uma ligação boa <u>com os funcionários,</u> bom senso,muito equilíbrio para resolver as coisas do dia-à-dia Além do <u>conhecimento</u> <u>técnico</u> tem que ter uma parte humana muito forte,</p> <p>relacionamento</p>	<p><u>é ter um compromisso</u> <u>com a proposta da</u> <u>Atenção Básica</u> ter <u>conhecimento</u> <u>daquilo que você vai</u> gerenciar.ter conhecimento daquilo que você vai gerenciar. e tem <u>condições de</u> <u>dialogar e discutir com</u> <u>os funcionários</u> para onde você esta caminhando. o diálogo é um ponto básico</p> <p>aquele que realmente acredita e leva essa proposta.</p>	<p><u>primeiro negociar</u> <u>segundo entender do</u> <u>serviço</u> <u>que ter a parte técnica,</u> tá certo? totalmente desenvolvida <u>saber o que é o SUS,</u> ter o poder de negociação de política de saúde, de política de saúde, saber lidar com a população saber entrar dentro do convívio com a comunidade</p>

2. Na opinião as habilidades gerenciais a serem desenvolvidas por um gestor de Unidade Básica de Saúde?

<u>GERENTE1</u>	<u>GERENTE2</u>	<u>GERENTE3</u>	<u>GERENTE4</u>	<u>GERENTE5</u>	<u>GERENTE6</u>
<u>capacidade de negociação</u> <u>diálogo e negociação com as</u> <u>instâncias externas da</u> <u>unidade desde as hierarquia</u> <u>superior,</u> <u>diálogo máquina</u> <u>administrativa</u> <u>diálogo com os funcionários</u> <u>e com a população</u> SUS prevê o Conselho Gestor este pode ser um espaço de dialogo exige essa habilidade do gerente sem perder os objetivos <u>habilidade de persistência</u> <u>habilidade de manter um</u> <u>projeto a habilidade para</u> <u>clareza nos objetivos</u> dialogo com a Unidade né. a capacidade de <u>construir</u> <u>coletivamente o projeto de</u> <u>trabalho da Unidade,</u> <u>manter atualizado</u> <u>tecnicamente e na sua área</u> <u>de atuação,</u>		O gestor tem que <u>ter</u> <u>um "jogo de cintura"</u> <u>entender a população</u> nas suas necessidades .."dançar mesmo conforme a música"	<u>relacionamento com</u> <u>as pessoas,</u> você pede para ele participar da solução que você <u>divide as</u> <u>coisas com todo</u> <u>mundo</u> sempre tem gente difícil você tem que se impor um pouco mais, você <u>tem que ter "jogo</u> <u>de cintura"</u>	<u>Um controle emocional</u> <u>é básico</u>	

3.Quais são as atitudes que devem permear os conhecimentos e a habilidades gerenciais desejáveis de um gestor de UBS?

<u>GERENTE1</u>	<u>GERENTE2</u>	<u>GERENTE3</u>	<u>GERENTE4</u>	<u>GERENTE5</u>	<u>GERENTE6</u>
<u>Atitude de ser mais democrático</u> <u>conseguir ouvir conviver suportar um pouco mais o conflito</u> antes de logo dar uma solução até para entender as atitudes que as pessoas envolvidas não deve ter muito personalismo acho que a gente tem que ser radical <u>é..na determinação</u> que se tem em atingir os objetivos, pode ter muito <u>flexibilidade</u> mas o limite dessa flexibilidade é atingir os objetivos pois formas de funcionar ou concessões que prejudiquem os objetivos do trabalho não podem; os interesses particulares tem	uma atitude de preservação para que você também como gerente não se exponha como diz na gíria você "Não vai pagar o mico"e chegar e a pessoa dar risada na sua cara então você tem que levar a um bom termo	" o que eu aprendi com o usuário a maneira de como a gente pode ou conquistar esse usuário ou fazer com que ele seja nosso inimigo depende só de você	<u>maneira muito objetiva muita clara</u> <u>tem que dar ordem mas também ouvir o lado do funcionário</u> <u>equilíbrio e bom senso sempre</u> <u>a gente pode conseguir o apoio das pessoas quando você faz as coisas muito certinha</u> <u>contemporizando as coisas</u>		<u>a credibilidade</u> a proximidade com a população <u>Não adianta ser ditador</u> <u>na democracia você cresce aos poucos e se fortalece</u>

Referências bibliográficas

Bertussi DC. et al. Implantação do Projeto GERUS na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba - Paraná. Espaço para a Saúde, Curitiba, 1996;5(5):48-56.

Brasil, Conselho Nacional de Educação, Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais Par.CNE/CEB nº 16/99, Res. CNE/CEB nº4/99 e Ind. CEE/SP nº 8/2000 Dispõe sob as mudanças que devem ocorrer na educação profissional na formação por competências.

Brasil, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, Cadernos de Atenção Básica, Programa Saúde da Família, Educação Permanente, Cad 3, Brasília, 2000

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONESP. Normas para pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução CNS 196/96. Série Cadernos Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996. 138 p.

Brasil. Ministério da Saúde Departamento de Atenção Básica. A implantação da Unidade de Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica, Programa Saúde da Família, Cad 1, Brasília, 2000

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. / Guia Prático do Programa Saúde da Família, Brasília, 2001.

Campos GWS. Subjetividade e Administração de Pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. 1994. p.12.

Caproni PJ. Treinamento Gerencial: como dar um salto significativo em sua carreira profissional. São Paulo: Makron Books; 2002.

Castro RCF. Perspectivas para a tomada de decisão em Saúde baseada em conhecimento. Tese (Doutorado) - São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2003. 189p.

Chiavenato I. Administração: teoria, processo e prática. 3ª ed. São Paulo: Makron Books; 2000.

Chiavenato I. Carreira e Competências: gerenciando o seu maior capital. São Paulo: Editora Saraiva; 2002.

Chiavenato I. Introdução à teoria geral da administração. 6ª ed. Rio de Janeiro: Campus; 2000.

Chiesa AM. et al. A Formação dos Gerentes de Unidades Básica de Saúde da Família na Perspectiva da Promoção da Saúde. Secretaria Municipal de saúde-Escola de Enfermagem da USP, São Paulo.

Costa NMM (org). Competências para o Trabalho em uma Unidade Básica de Saúde sob a Estratégia de Saúde da Família, Brasília, Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000.

Crevelim M. A Participação da Comunidade no Programa Saúde da Família na Perspectiva do Trabalho em Equipe. Dissertação (Mestrado) - São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004. 130p.

Deluiz N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. In: Seminário Certificação de Competências os Desafios do PROFAE. Anais. Brasília: Ministério da Saúde/Secretária de Gestão e Investimentos em Saúde, PROFAE, 2001. p.37-46.

Depresbiteres L. Avaliando competências na escola de alguns ou na escola de todos? In: Treinamento para supervisores da AR/FUNDAP. São Paulo, 2000. 16p.

Drucker PF. O melhor de Peter Drucker. A administração. São Paulo: Nobel, 2002.

Dussault GA. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 1992;26(2):8-19.

Fekete MC. Bases conceituais e metodológicas do planejamento em Saúde. In: Santana J P de. (org.). Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde (SUS). Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial de Saúde; 1997. p.158-72.

Felli VE. A saúde do trabalhador e o gerenciamento em enfermagem. Tese (Livre Docência) - São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002. 125 p.

Fleury MTL, Fleury ACC. Construindo o conceito de Competências. Revista de Administração do Rio de Janeiro, 2001;5(n. esp):185-96.

Hamel G, Prahalad CK. Competindo pelo futuro: Estratégias inovadoras para obter o controle do seu setor e criar os mercados de amanhã. Rio de Janeiro: Editora Campus; 1995.

Hamel G, Prahalad CK. The core competence of the corporation. Rio de Janeiro: Editora Campus; 1990.

Healthcom. El manual para excelência em la investigación mediante grupos focales. Carrasco: USAID; 1995. /Mimeografado/.

IBGE. Indicadores sociais: uma análise da década de 1980. [online] disponível na Internet via www.ibge.com.br Acesso dia 05/06/05 20:50h

Janini R. Gestão por Competências: uma construção para obter e manter um desempenho superior. Dissertação (Mestrado) Mestrado Profissional em Administração de Empresas. São Paulo: Linha Organização de RH e Planejamento, EASP/Fundação Getúlio Vargas; 2003. 79p.

Junqueira LAP, INOJOZA RM. A gerência na eficácia da prestação dos serviços. In: Conferência Nacional de Saúde. Descentralizando e democratizando o conhecimento. v. 2. Brasília: Cultura; 1992.

Junqueira LAP. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 1983;2(2):11-22.

Junqueira LAP. Gerência dos serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1990;6(3):247-59.

Junqueira LAP. Gerência dos serviços de saúde. In: Conferência Nacional de Saúde. Descentralizando e democratizando o conhecimento. v.1. Brasília: Cultura, 1992.

Kadt E, Tasca R. Promovendo a equidade um novo enfoque com base no setor da saúde. São Paulo - Salvador: Hucitec/Cooperação Italiana em Saúde; 1993.

Kon R. O Planejamento no Distrito de Saúde: Estratégia e Comunicação. A experiência do Distrito de Itaquera (1989-1992). Dissertação (Mestrado). São Paulo: Faculdade de Medicina,- Universidade de São Paulo; 1997. 193p.

Lazarotto EM Competências essenciais requeridas para o gerenciamento das Unidades Básicas de Saúde. Dissertação (Mestrado). Florianópolis:

Engenharia de Produção,- Universidade Federal de Santa Catarina; 2001. 128p.

Luiz OC. Perspectivas da Avaliação de Situação de Saúde: Uma apreciação Crítica. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Medicina Preventiva, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1997. 173 p.

Maia CCA. O Gerenciamento como Estratégia de Implementação da Assistência nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Oeste - Belo Horizonte. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2000. 175p.

Marinho JA. Funcionários Públicos de Nível Médio na Administração do Município de São Paulo: uma pesquisa exploratória. Dissertação (Mestrado). São Paulo: na área de Administração Pública e Governo EASP/Fundação Getúlio Vargas; 1996. 154p.

Matus C. Entrevista com Matus: O Método PES Franco Huertas. 3ª impressão. São Paulo: Editora FUNDAP; 2001.

Mello A. O Modelo de Gestão por Competências: uma abordagem crítica, Dissertação (Mestrado). São Paulo: Linha Administração de RH, EASP/Fundação Getúlio Vargas; 2003. 50p,

Melo CMM. Inovação e Gestão Pública: Uma análise da Perspectiva Local Tese (Doutorado). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2001. 244p.

Mendes E V.(org). Distrito Sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec/ABRASCO; 1994.

Mendes VLPS. Inovação gerencial na administração pública: um estudo na esfera municipal no Brasil. Escola de Administração/UFBA, 2000. (Tese de Doutorado)[on line] disponível na internet no site: http://www.adm.ufba.br/ipublica_teseveramendes.html consultada no dia 17/12/05 18:50h

Minayo MC de S. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro Hucitec/ABRASCO, 1992.

Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica. NOB /SUS-01/96. D.O.U. nº 216 quarta-feira,06/11/1996 – Seção I. Portaria n ° 2.203, de 05 de novembro de 1996. Brasília,

Ministério da Saúde. O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde; 2000.

Ministério da Saúde. Sistema Informatizado da Atenção Básica [on line] disponível na internet no site <http://www.datasus.gov.br/siab/siab.htm>,consultado em 05/06/05 21:41h

Peduzzi M, Ciampone MHT. Planejamento Estratégico como Instrumento de Gestão e Assistência. In: Administração do Serviço de Enfermagem Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2000. p.13.

Pereira MJB, Fortuna CM, Matumoto S, Pinto IC, Oliveira CT, Kemura MLR. Grupo focal experiência na coleta de dados do Projeto CIPESC – Brasil. In: Chianca TCM, Antunes MJM, organizadoras. A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC. Brasília (DF): ABEn; 1999. p. 334-343.

Picchiaia D. Teorias Organizacionais e Gerenciais em Saúde In: Curso de Pós-Graduação em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde, São

Paulo, Escola de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas, 1999. p 50-12. /Apostila/.

Prahalad CK. O reexame das competências. HSM Management. 1999;17 Ano 3:40-46.

Quinn RE. Beyond rational management. John Wiley, 1998.

Quinn RE, Thompson MP, Faerman SR, Macgrath M. Competências Gerenciais: princípios e aplicações. Rio de Janeiro: Elsevier; 2003.

Rivera F, Javier U. (org.) Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez; 1992.

Santana J P(org) Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, Organização Mundial de Saúde; 1997.

Santana JP. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta [on line] disponível na internet no site http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U3T6.pdf consultado no dia 17/12/05 19:45h

São Paulo. Secretaria do Estado da Saúde. CSRMGSP. Proposta de Organização do trabalho em Unidades de Saúde da Família. São Paulo, 2001.

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde, Atenção Básica e PSF Documento Norteador- Compromisso das Unidades Básicas de Saúde com a População, São Paulo-Abril, 2005.

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Comunicado SMS 003/2001. Diretrizes Gerais para SMS-Documento 2, Diário Oficial do Município de São Paulo, São Paulo janeiro. 2001.

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Comunicado SMS 003/2001. Diretrizes Gerais para SMS-Documento 2, Diário Oficial do Município de São Paulo, São Paulo 19 jun. 2001. p.13-4.

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Comunicado SMS 004/2001. Diretrizes Gerais para SMS - Documento 2, Diário Oficial do Município de São Paulo, São Paulo 27 jun. 2001. p.16-7

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria n. 3822 de 16/10/2002 aprova o Documento Norteador para a Implementação do Programa de Saúde da Família no Município de São Paulo. DOMSP São Paulo 2002. p.19

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria n.1787 de 27/09/2001 Cria a rede de Apoio ao PSF.DOMSP São Paulo 2001. p. 17

Sena RR, Duarte ED. Contribuição para a construção do percurso metodológico do Projeto Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva. In: Chianca TCM, Antunes MJM, organizadoras. A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC. Brasília (DF): ABEn; 1999. p.325-33.

Silva SF Municipalização da Saúde e poder local: sujeitos, atores e políticos. Tese (Doutorado). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2001. 288p.

Silveira CM. Pesquisa sobre gestão e cultura organizacional na administração pública brasileira [on line] disponível na internet no site <http://www.clovis.massaud.nom.br/artigos21.htm> consultado dia 17/12/05 18:15h.

Simões AR Gestão Estratégica nas Organizações Públicas de Saúde: Um estudo de caso da consolidação do SUS Municipal. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Centro Universitário Álvares Penteado-UNIFECAP; 2003. 213p.

Souza MF, Mendes A. Tempos Radicais na Saúde em São Paulo: A construção do SUS na maior cidade Brasileira. São Paulo: Hucitec; 2003.

Thiollent M. Metodologia da Pesquisa-Ação. 3 ºed. São Paulo: Autores Associados; 1968.

Trench MH, Dall' Agnol CM. Grupos Focais como Estratégia Metodológica em Pesquisas na Enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem 1999;20:6.

Von Bertalanffy L. Teoria Geral dos Sistemas. Petrópolis: Editora Vozes; 1973.

XIV Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Relatório Goiânia, 1998.

Zarifian P. Objetivo e competência: por uma nova lógica. Trad. por Maria Helena C. V. Trylinki. São Paulo: Atlas; 2001.