

Flávia Henrique

Competência de gestores de Unidades Básicas de Saúde

Rio de Janeiro

2017

Flávia Henrique

Competência de gestores de Unidades Básicas de Saúde

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Ciências. Linha de Pesquisa: Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora: Elizabeth Artmann

Coorientador: Juliano de Carvalho Lima

Rio de Janeiro

2017

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

H519c Henrique, Flávia.
Competência de gestores de Unidades Básicas de Saúde /
Flávia Henrique. -- 2017.
141 f. : tab. ; graf. ; mapas

Orientadora: Elizabeth Artmann.
Coorientador: Juliano de Carvalho Lima.
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro,
2017.

1. Gestor de Saúde. 2. Competência Profissional. 3. Centros
de Saúde. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Planejamento em
Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.1068

Flávia Henrique

Competência de gestores de Unidades Básicas de Saúde

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Ciências. Linha de Pesquisa: Planejamento e Gestão em Saúde.

Aprovada em: 30 de Junho de 2017.

Banca Examinadora

Dra. Selma Loch
Prefeitura Municipal de Florianópolis

Dr. Aluizio Gomes da Silva Junior
Universidade Federal Fluminense

Dr. Francisco Javier Uribe Rivera
Escola Nacional de Saúde Pública

Dr. Eduardo Alves Melo
Escola Nacional de Saúde Pública

Dra. Elizabeth Artmann (Orientadora)
Escola Nacional de Saúde Pública

Rio de Janeiro

2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus colegas de doutorado, em especial Thais, Patrícia, Evelin e Claudio, pelo apoio nas disciplinas, pesquisa e escuta terapêutica.

Agradeço especialmente à Thais, mineirinha, minha colega de apartamento que se tornou uma grande amiga.

Agradeço aos colegas do Departamento de Atenção Básica – Ministério da Saúde, onde trabalhei durante todo o período de doutorado e recebi grande apoio para o desenvolvimento da pesquisa.

Agradeço muito aos meus pais e aos meus irmãos pela compreensão da ausência e preocupação com o desenvolvimento desta pesquisa.

Agradeço aos sujeitos que participaram da pesquisa, servidores e gestores das unidades básicas do Município de Criciúma e à equipe de gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma, que deu todo o apoio para organizar a logística do processo de pesquisa e acompanhou a construção desta tese.

Agradeço aos meus orientadores Elizabeth Artmann e Juliano de Carvalho Lima, que me apoiaram e ajudaram de forma fundamental no desenvolvimento desta caminhada.

Agradeço especialmente ao meu esposo que, com compreensão, muito apoio e amor, conseguiu me dar o suporte necessário.

RESUMO

A partir da Constituição de 1988 e da descentralização das ações em saúde, em especial na Atenção Básica, a busca por integralidade gerou um processo de complexidade crescente da assistência, o que exige das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) no Brasil equipes multiprofissionais que atuem em conjunto e sintonia, gerando aumento de demanda de gestão e de apoio destas equipes e profissionais. Esta pesquisa tem por objetivo analisar o perfil e as competências gerais e específicas dos gestores de UBSs do Município de Criciúma. Trata-se de estudo de caso com análise descritiva, inspirado no modelo de avaliação 360 graus. Dados secundários obtidos principalmente através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde demonstram que no Brasil há gestores em 6% dos estabelecimentos em geral e 13% das UBSs. Em Santa Catarina, 5% dos estabelecimentos e 4% das UBSs, e em Criciúma, 1% dos estabelecimentos e 2% das UBSs. Estes dados sugerem a pouca utilização da figura do gestor de UBS, ou que as informações sobre a gerência de UBSs não são adequadamente registradas. Os resultados dos perfis dos gestores mostram que os mesmos têm média de 30,5 anos, 76% são mulheres, com formação em enfermagem, possuem média de 3 anos no serviço público, 0,7 anos na média como gestor da atual unidade. Em relação à formação, 74% possuem pós-graduação, 32% disseram que já fizeram ou estão fazendo alguma pós-graduação na área de gestão. Apesar de possuir um percentual significativo de gestores com pós-graduação, durante o grupo focal, nas falas, ficou evidente a falta de preparação para atuar de acordo com a função. Na matriz de análise dos papéis gerenciais e das competências a serem desenvolvidas pelos gestores do Município de Criciúma, evidenciaram a necessidade de desenvolver os papéis de informação e decisão e as competências de visão sistêmica, disseminador, trabalhar com planos, alocação de tempo, coordenar e monitorar o planejamento e gestão de pessoas. O resultado encontrado está contemplado na literatura. Por fim, faz-se necessário, por parte do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais ou municipais de saúde, a oferta de especialização, cursos e formação para o desenvolvimento das competências dos gestores de UBS e, além disso, apoio aos gestores de UBSs por parte da gestão municipal para promover em serviço, no diálogo com os casos concretos, a educação continuada.

Palavras-chave: Planejamento em Saúde; Gestor de Saúde; Competência Profissional; Centros de Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Since the Constitution of 1988 and the decentralization of health actions, especially in basic care, the search for integrality has generated an increasing complexity process of care, which demands a multi professional teamwork at the Health Unit Cares (HUC) in Brazil, increasing the necessity of management and support of these teams and professionals. The objective of this research is to analyze the profile, the general and the specific competences of the managers of HUCs in the city of Criciúma. It is a case study with descriptive analysis, inspired by the 360 degree evaluation model. Secondary data obtained mainly through the National Register of Health Establishments show that in Brazil there are managers in 6% of establishments in general and 13% of HUCs. In Santa Catarina, 5% of the establishments and 4% of the HUCs, and in Criciúma, 1% of the establishments and 2% of the HUCs. These data suggest that little of the attributions of a manager are being used, or that HUC management information is not properly recorded. The results of the managers' profiles show that they have an average of 30.5 years, 76% are women, with a nursing education, having an average of 3 years in the public service, 0.7 years in average as the manager of the current unit. Regarding to the education level, 74% are post graduated, 32% said they have already done or are doing some post-graduation studies in management. Despite having a significant percentage of managers with post-graduation, during the process of observation, the lack of preparation according to the function was evident. Analysis the management roles and the competences to be developed by them in that city showed the needs of development in information and decision taken and the systemic vision competences, disseminator, working plans, time maximizing, coordinate and monitor the management of people. The found result is contemplated in the literature. Finally, it is necessary the Ministry of Health, state or municipal health department to offer specialization, courses and training to develop HUCs manager's competencies and, in addition to that, supporting them to promote services, in dialogue with concrete cases, continuing education.

Keywords: Health Planning; Health Manager; Professional Competence; Health Centers; Primary Health Care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Quadro esquemático da análise global das competências e papéis gerenciais dos gestores de UBSs.	79
Quadro 2 - Lista de componentes a desenvolver e componentes desenvolvidos resultado da autoavaliação do GUBSs	87
Quadro 3 - Competências a desenvolver e competências desenvolvidas na autoavaliação dos GUBSs	889
Quadro 4 – Componentes a desenvolver e componentes desenvolvidos.	92
Quadro 5 - Competências a desenvolver e competências desenvolvidas	93
Quadro 6 - Componentes a desenvolver e desenvolvidos dos GUBSs realizada pelos gestores de Distrito Sanitário.....	95
Quadro 7 – Competências a desenvolver e desenvolvidas dos GUBSs realizada pelos gestores de Distrito Sanitário.....	103
Quadro 8 – Componentes a desenvolver e componentes desenvolvidos dos GUBSs realizada por gestores de Distrito Sanitário.	104
Quadro 9 – Competências a desenvolver e desenvolvidas de GUBSs realizada por gestores de Distrito Sanitário.	105
Quadro 10 – Componentes gerais a desenvolver dos três sujeitos da pesquisa.	106
Quadro 11 – Competências específicas a desenvolver dos três sujeitos da pesquisa.....	107
Quadro 12 – Componentes específicas a desenvolver dos três sujeitos da pesquisa.	109
Quadro 13 – Competências específicas a desenvolver dos três sujeitos da pesquisa.....	110
Quadro 14 - Matriz de análise final, em verde: papéis, competências e componentes gerais avaliadas como desenvolvidas; em vermelho: papéis, competências e componentes avaliados como desenvolvidos.	112
Quadro 15 - Matriz de análise final, em verde papéis, competências e componentes avaliados como desenvolvidos; em vermelho papéis, competências e componentes avaliados como a desenvolver.....	113
Quadro 16 - Matriz de análise final, em verde papéis, competências e componentes específicos avaliados como desenvolvidos; em vermelho papéis, competências e componentes específicos avaliados como a desenvolver	113

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa do Estado de Santa Catarina com destaque para o Município de Criciúma. 65	65
Figura 2 – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma. 69	69
Figura 3 – Mapa do Município de Criciúma dividido em Distritos Sanitários 70	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Programa de Saúde da Família: Evolução do Número de Equipes, da População Assistida (em milhões) e da Cobertura Populacional, Brasil: 1994-2016:.....	38
Tabela 2 - Evolução do Número de Municípios, Número de Equipes do PSF e Número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do Programa Saúde da Família no Estado de Santa Catarina: 1997-2016:	44
Tabela 3 - Evolução do cofinanciamento estadual da Atenção Básica no Estado de Santa Catarina: 2007-2014.	45
Tabela 4 - Implantação das equipes de saúde da família, equipes de saúde bucal e núcleo de apoio à saúde da família em Criciúma no período de 1998 a 2016:.....	68
Tabela 5 - Números de estabelecimentos de saúde no Brasil em dezembro 2016:	72
Tabela 6 - Estabelecimentos de Saúde no Estado de Santa Catarina em dezembro de 2016:..	74
Tabela 7 - Estabelecimentos de saúde no Município de Criciúma em dezembro de 2016:	75
Tabela 8 - Dados do segundo ciclo do PMAQ relacionados ao GUBS:	77
Tabela 9 – Resultado global da autoavaliação das competências gerais dos GUBS:	86
Tabela 10 - Componentes gerais da autoavaliação dos GUBSs:.....	86
Tabela 11 – Resultado global da autoavaliação dos GUBSs para componentes específicos:..	91
Tabela 12 - Autoavaliação das competências específicas dos GUBSs:	92
Tabela 13 - Frequência das competências gerais dos GUBSs realizada pelos trabalhadores: ...	96
Tabela 14 - Resultado dos componentes gerais dos GUBSs realizados pelos trabalhadores:..	96
Tabela 15 - Resultado global das competências específicas dos GUBSs realizada pelos trabalhadores:.....	97
Tabela 16 - Componentes específicos de GUBSs realizada pelos trabalhadores:.....	98
Tabela 17 - Resultado da avaliação global dos componentes gerais dos GUBSs realizada pelos coordenadores de Distrito Sanitário:	100
Tabela 18 - Componentes gerais de GUBSs avaliados por gestores de Distritos Sanitários: ..	100
Tabela 19 - Resultado da avaliação global dos Componentes Gerais dos GUBSs realizada pelos coordenadores de Distrito Sanitário:	103
Tabela 20 – Componentes específicos de GUBSs avaliado pelos gestores de Distrito Sanitário:	103

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CBO	Cadastro Brasileiro de Ocupações
CEPAL	Comissão Econômica para América Latina e Caribe
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DS	Distrito Sanitário
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
E-SUS	Sistema de Informação do SUS
GERUS	Desenvolvimento Gerencial para Unidades de Saúde do SUS
GUBS	Gestor de Unidade Básica de Saúde
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAM	Posto de Assistência Médica
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SCOPUS	Base de dados de citações e resumo de literatura
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	10
2.	CAPÍTULO I - REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1.	A FUNÇÃO GERENCIAL	12
2.2.	BREVE HISTÓRICO DO PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE NO BRASIL.....	18
2.3.	GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL.....	22
2.4.	ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA	31
2.5.	COMPETÊNCIA DO GESTOR DE ATENÇÃO BÁSICA	47
3.	CAPÍTULO II - PERCURSO METODOLÓGICO	53
3.1.	OBJETIVOS GERAIS	53
3.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	53
3.3.	METODOLOGIA	54
3.4.	PESQUISA BIBLIOGRÁFICA	63
4.	CAPÍTULO III - O GESTOR DE UBS NO BRASIL, SANTA CATARINA E CRICIÚMA	65
4.1.	SISTEMA DE SAÚDE E ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA....	65
4.2.	DADOS NACIONAIS E ESTADUAIS DO PERFIL DOS GESTORES DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	72
5.	CAPÍTULO IV - ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS GERAIS E ESPECÍFICAS DE GESTORES DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	78
5.1.	PERFIL DOS GUBS DE CRICIÚMA.....	79
5.2.	AUTOAVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS GERAIS E ESPECÍFICAS DOS GUBS.....	86
5.3.	COMPETÊNCIAS GERAIS E ESPECÍFICAS DOS GUBS REALIZADAS PELOS TRABALHADORES	95
5.4.	COMPETÊNCIAS GERAIS E ESPECÍFICAS DOS GUBS REALIZADAS PELOS GESTORES DE DISTRITO SANITÁRIO.....	99
5.5.	DIFERENÇA ENTRE AVALIAÇÕES QUANTO AOS COMPONENTES E COMPETÊNCIAS DOS GUBS.....	106
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	115

REFERÊNCIAS	120
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PARA GESTOR DE UBS	129
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PARA GESTOR DE DISTRITO SANITÁRIO E TRABALHADOR	134
APÊNDICE C – ROTEIRO GRUPO FOCAL.....	138

1. INTRODUÇÃO

Esta tese pretende colocar luz a um tema pouco valorizado na Atenção Básica que é o papel, bem como as características e competências, do gestor de Unidade Básica de Saúde. Impulsionada por minha própria experiência profissional e pela percepção que este profissional pode potencializar ou dificultar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde na Atenção Básica, desenvolvi esta pesquisa.

Estudos acerca do gerenciamento de serviços acontecem mais sistematicamente no século XX, período a partir do qual a gerência diversifica-se, desenvolvendo um campo próprio de conhecimento que busca instrumentalizar a organização de diversos processos de produção. A análise do trabalho gerencial mostra uma correspondência entre o seu aperfeiçoamento e a evolução do mercado e das organizações, sejam elas públicas ou privadas. (LOCH, 2009)

Para Motta (2003), o trabalho gerencial se diferencia de outras atividades técnicas e administrativas onde as atribuições funcionais são passíveis de receber definições claras, gerando comportamentos rotineiros. Para o autor, uma definição aproximada para a gerência pode ser descrita como a arte de pensar, decidir e de agir, fazer acontecer e obter resultados numa interação humana constante.

O desenvolvimento gerencial do estado brasileiro é marcado por reformas. A reforma administrativa implantada após a década de 1980 surge como alternativa à administração burocrática, tendo como promessa a ênfase na eficácia, eficiência e resultado dos serviços, e utiliza como estratégia a descentralização, com maior liberdade e possibilidade de planejamento e acompanhamento pelos executores, tendo como foco o usuário e os resultados. Tem como forma de controle os “instrumentos de gestão”, tornando a gestão mais ágil e com competência regulatória.

O sistema de saúde sofreu, especialmente após a Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), um processo de descentralização dos serviços de saúde para os municípios, que assumiram, em sua grande maioria, os serviços de Atenção Básica. Ao assumir o planejamento, gestão e execução dos serviços, os municípios passaram a necessitar da atuação de um número progressivamente maior de gestores de saúde em seus quadros. (FLEURY, 2014)

No modelo de organização dos serviços de saúde no Brasil, a Atenção Básica tem se desenvolvido com complexidade crescente em sua conformação e aumento de seu

financiamento. Além das equipes de saúde da família, modelo prioritário de organização da Atenção Básica brasileira, novos e específicos modelos de equipes e atuação profissionais vêm ampliando a resolutividade da Atenção Básica, podendo-se citar as equipes saúde bucal, equipes de consultório na rua, atenção domiciliar, núcleo de apoio à saúde da família, dentre outros. Estes profissionais atuam junto à comunidade e no domicílio do usuário, mas seu principal local de atuação é a Unidade Básica de Saúde.

Nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), o trabalho é pautado pela complexidade e interdependência dos seus membros. Para Rivera (1996), nestas organizações profissionais o poder está distribuído, os processos de trabalho são coordenados com base no conhecimento especializado, especialmente dos médicos, o corporativismo dificulta a dinâmica das equipes, as organizações têm governabilidade relativa e as atividades terminais têm relação direta com o usuário que participam ativamente no serviço a ser prestado.

Utilizou-se como referencial teórico para o desenvolvimento dos instrumentos de pesquisa três autores: Matus (1996), Mintzberg (1989) e André (2010). A escolha destes três autores se dá pela contribuição que cada um traz para o entendimento do trabalho e papel do gestor. Matus (1996), com sua visão estratégica sobre a gestão; Mintzberg (1989), discute o cotidiano da gestão e as características específicas das organizações de tipo profissional e André (2010), com o estudo das competências gerenciais especificamente para gestores de UBSs no Brasil.

Com base no referencial teórico, esta pesquisa analisou o estado da arte das discussões acerca do gestor de Unidade Básica de Saúde (UBS), perfil e suas competências, tomando como campo de análise o município de Criciúma. Para tanto, propõe-se um estudo de caso com análise descritiva inspirado no modelo de avaliação 360 graus de competências, associado a métodos qualitativos de análise.

2. CAPÍTULO I - REFERENCIAL TEÓRICO

2.1.A FUNÇÃO GERENCIAL

A palavra gerência vem da tradução do termo em inglês “management”, que foi composto de manège (adestrar cavalos) e manus (mão). Assim, tem forte significado no controle do trabalho, na imposição de regras e ordens. O termo administração vem da tradução do “administer” que é a junção do ad (direção) e minister (obediência), significando quem deve um serviço ao outro, sob o comando do outro. O termo “gestão”, usado no Brasil, significa as formas mais participativas de administração ou gerência.

Mesmo possuindo origens e radicais diferentes, as palavras gerência, administração e gestão podem ser utilizadas como sinônimos, isto por que nenhum conceito novo foi atribuído ao uso delas e a escolha de uma ou outra tem a ver com o desgaste que a palavra administração sofreu a partir da década de 70. (BERTUSSI, 2002; CASTANHEIRA, 1996; MOTTA, 2003)

Para Castanheiras (1996), a constituição da gerência nas sociedades capitalistas ocidentais tinha como principais características:

- a) Emergência histórica no interior do processo industrial, sendo instrumento da reorganização do trabalho;
- b) Prática social na consolidação da divisão entre trabalho intelectual e manual, se identificando com o trabalho intelectual;
- c) Deter o domínio intelectual do processo, porém não realiza nenhuma etapa;
- d) Fazer o controle do processo de trabalho;
- e) Encontrar-se numa posição intermediária entre trabalhadores e proprietários;
- f) Identificar-se com os donos dos meios de produção.

Há de se assinalar, ainda, a importante diferença entre o desenvolvimento do setor industrial e o de serviços, no que diz respeito à organização da produção. O setor de serviços responde a uma “dupla racionalidade”, o que quer dizer que, por um lado exige a normalização, com regras, regulamentos e valores gerais e, por outro, necessita respeitar e reconhecer a particularidade, individualidade, contingência e variabilidade que os serviços destinados aos

pacientes, estudantes, clientes, etc., necessitam. Este dilema, relacionado à natureza do processo de trabalho dos serviços, coloca para a dimensão gerencial novos desafios, uma vez que o produto dos serviços não pode ser medido nem quantificado como na produção fabril, e o agente produtor, para o bom desempenho no trabalho, exige autonomia e corresponsabilidade. (CASTANHEIRA, 1996; DAL POZ; PIERANTONI; VARELLA, 1998)

Alguns autores que desenvolvem suas pesquisas a partir da década de 1970 apresentam o trabalho gerencial diferentemente das teorias clássicas, a exemplo de Mintzberg (2011), que desmistifica o papel do gestor como alguém que calmamente planeja, coordena e controla os setores de sua responsabilidade. Segundo esta compreensão, o trabalho gerencial é uma atividade intensa, breve, descontínua e fortemente orientada para a ação, com um número regular de obrigações como rituais, cerimônias e de representação, onde a comunicação verbal, telefonemas e reuniões são os exercícios frequentes, que demandam respostas em tempo real para as necessidades que surgem, agregando valor à organização.

Para Motta (2003) e Hill (1993), o trabalho gerencial é atípico e difícil de ser descrito, sendo que ninguém conseguiu caracterizá-lo completamente, havendo portanto grande dificuldade de avaliá-lo corretamente. O trabalho gerencial se diferencia de outras atividades técnicas e administrativas, onde as atribuições funcionais são passíveis de receber definições claras, gerando comportamentos previsíveis e rotineiros. O exercício da função gerencial se dá de maneira fragmentada e intermitente.

Os gerentes, de forma geral, se dedicam intensamente à função, inclusive fora do horário de trabalho, deixando que as demandas gerenciais invadam seu horário de lazer e descanso. Raramente os gerentes têm tempo para sentar calmamente e planejar o futuro das organizações às quais pertencem. Esta visão idílica, de que as organizações funcionam de forma “organizada”, uniforme e racional, não tem correspondência na literatura, que mostra, de maneira geral, que as organizações têm uma realidade significativamente caótica e imprevisível. (MOTTA, 2003)

Numa tentativa aproximada de definir o que é gerência, Motta (2003) refere que ela é a arte de pensar, decidir e de agir, fazer acontecer e obter resultados numa interação humana constante, conferindo assim à função gerencial uma grande carga de ação intuitiva, ilógica, emocional e espontânea. Isto não exclui a necessidade de formação e conhecimento gerencial, que dá aos indivíduos grande capacidade analítica para o desenvolvimento da gerência.

Os profissionais formados em administração são técnicos, analistas, projetistas, não necessariamente gestores. Os administradores atuam como qualquer outro profissional em sua área específica, podendo ter a vantagem de conhecer um pouco melhor a dimensão analítico-racional da administração, mas têm que adquirir, como qualquer outro profissional que atua como gestor, a capacidade pensar e julgar para decidir e agir. Os gestores necessitam ter maior lateralidade do pensamento, ou seja, estar disposto a ampliar o olhar e a buscar conhecimentos sobre seus problemas cotidianos. Para o autor, a capacidade gerencial é mais rara que encontrar administradores, pois exige habilidades mais complexas como capacidade analítica, de julgamento, decisão, liderança e disposição para enfrentar riscos e incertezas. (MOTTA, 2003)

Em geral, os gerentes só tomam contato com a gerência quando assumem esta função nas organizações, aprendendo no dia a dia e com a experiência como se portar como gerente. O senso comum sobre a gerência recorre a habilidades inatas, como bom senso, autoridade, capacidade de tomar decisões, dentre outros, como suficientes para o exercício de um bom trabalho. Apesar de muito importante, esta visão deixa de lado o desenvolvimento e a avaliação das habilidades gerenciais que podem atuar de forma significativa para o bom desempenho gerencial. (MOTTA, 2003)

Embora numerosas publicações ofereçam conselhos sobre o desenvolvimento do trabalho gerencial, poucos são baseados em pesquisa empírica e avaliam com seriedade a experiência evolutiva do trabalho na gestão. Grande parte são manuais de instrução que salientam os conhecimentos que os gerentes devem possuir, como um exigente exercício intelectual. (HILL, 1993)

Para Lucena (1995), as organizações não definem *a priori* políticas e capacitações que orientem a escolha ou a formação do gerente. Assim, cada gestor, ao assumir suas responsabilidades, acaba construindo um perfil próprio com base nas experiências do dia a dia do trabalho. Cada um exibe uma conduta particular com base nas escolas em que se formaram, em suas características de personalidade e vivências. Estas diferenças fazem com que encontremos gestores objetivos, com formação na área e dispostos a avaliarem e terem seu desempenho avaliado, bem como profissionais que atuam casuisticamente, reativamente às demandas cotidianas e confusos em relação à avaliação.

Analisando a gerência de acordo com os níveis hierárquicos, Motta (2003) mostra a diferença entre a perspectiva clássica destes gerentes e a realidade contemporânea, especialmente para a baixa gerência, ou de nível de supervisão, que é o objeto desta tese. O

autor aponta que na perspectiva clássica os gerentes faziam a supervisão dos processos técnicos rotineiros necessários à conclusão das tarefas específicas, enquanto na realidade contemporânea estes gerentes trabalham em soluções de questões estratégicas da organização, geralmente pressionados por usuários e subordinados e adquirem informações em grau e natureza similar aos níveis superiores, em função da descentralização crescentes de suas organizações.

Esta mudança no trabalho da gerência pode ser ratificado pelas competências gerenciais que André (2006), em sua dissertação, enumera como fruto do consenso entre os diversos autores estudados, como Robert E. Quinn; et.al. (2003), Silva (2001), Drucker (2002), Zarifian (2001), Hammel; Prahalad (1990), Fleury (2001), Chiavenato (2002), Mello (2003), no Prêmio Malcolm Baldrige de Qualidade e no Programa Nacional de Gestão em Saúde, que são:

- a) Visão global;
- b) Comunicação eficaz;
- c) Negociação;
- d) Gerenciar conflitos;
- e) Gerenciar mudanças;
- f) Gerenciar tempo e estresse;
- g) Usar do processo decisório participativo;
- h) Gestão de planos, ações e resultados;
- i) Pensamento criativo;
- j) Fomentar um ambiente produtivo de trabalho;
- k) Responsabilizar-se e comprometer-se.

Estas competências apresentadas acima serão discutidas com mais profundidade em um capítulo específico que apresenta as reflexões em torno das competências dos gestores da Atenção Básica, porém aqui vale salientar que as competências elencadas demonstram um novo perfil de gestor, diferente do antigo supervisor. Este gestor é responsável pelas tarefas estratégicas da organização como o planejamento, mediação, visão global, negociação, dentre outras.

Para entender o comportamento dos gerentes nas organizações de saúde, utilizou-se o conceito de organização de Baremblytt (2002), em que as organizações são as formas materiais

onde as instituições se realizam ou “encarnam”. Podem ser complexas, como um ministério, ou simples, como uma Unidade Básica de Saúde. As instituições, por seu modo, são árvores de decisões lógicas que regulam as atividades humanas, indicando o que é proibido, o que é permitido e o que é indiferente. São exemplos de instituições: as relações de parentesco, a linguagem, a religião, a medicina, as forças armadas, o Estado. Para realizar concretamente sua função regulamentadora, as instituições materializam-se em organizações.

Para Mintzberg (2011), as organizações podem ser divididas didaticamente em cinco partes, a saber: a cúpula estratégica, onde são encontrados os administradores com total responsabilidade pela organização; a tecnoestrutura, onde estão os analistas, pessoas que estão fora do fluxo do trabalho operacional mas que são responsáveis por delinear, planejar, alterar e ainda treinar os indivíduos; a assessoria de apoio, unidades ou serviços que prestam serviços para a organização, como manutenção ou limpeza; o núcleo operacional, ou seja, as pessoas que fazem o trabalho ligado diretamente a produção de bens ou serviços da organização; e a linha intermediária, pessoas que ligam a cúpula estratégica ao núcleo operacional através da coordenação de atividades do núcleo operacional ou supervisão direta.

Essas cinco partes da organização foram se desenvolvendo conforme as organizações foram crescendo. As pessoas que fazem o trabalho da base e as que mantêm todo o trabalho coeso já existiam desde as primeiras organizações e foram complementadas inicialmente com os gestores intermediários, garantindo a supervisão direta e, mais tardiamente, com o crescimento da padronização, a tecnoestrutura. A assessoria de apoio é mais recente e se desenvolveu com as especializações como pesquisa científica, relações públicas, dentre outros. (MINTZBERG, 2011)

Colocando as cinco partes da organização em diferentes contextos, como tamanho da organização, sistema técnico que adota, idade, ambiente externo, dentre outros, pode-se obter cinco configurações básicas de organização, que são: estrutura simples, burocracia mecanizada, burocracia profissional, forma divisionada e adhocracia. Dentre estas, aquela que mais se adequa ao setor saúde é a burocracia profissional.

Na burocracia profissional o núcleo operacional é altamente especializado, seu trabalho é complexo, o treinamento não se dá prioritariamente em serviço e sim de forma precedente, geralmente em Universidades, o que garante ao núcleo operacional um considerável controle sobre o seu próprio trabalho.

Em função destas características a estrutura da burocracia profissional é altamente descentralizada, estando sempre próxima dos usuários que atende, sendo que o trabalho recebe mais controle coletivo de colegas organizados em órgãos de classe e associações do que da supervisão direta. Outra característica da burocracia profissional é a democracia interna, principalmente para os trabalhadores do núcleo operacional, uma vez que controlam o próprio trabalho e também procuram o controle coletivo das decisões administrativas que os afetam, participando de colegiados, comissões e fóruns de decisões administrativas. Assim, os gestores intermediários, para serem reconhecidos como lideranças, precisam estar habilitados pelos órgãos de classe profissional e preferivelmente serem eleitos pelos operadores profissionais ou pelo menos indicados por eles. (DUSSAULT, 1992; MINTZBERG, 2011)

As organizações de saúde podem ser consideradas organizações profissionais, no sentido dado por Mintzberg (2011) de burocracia profissional, através da releitura de autores como Rivera (2003) e Artmann (2002).

Nos estudos da *Démarche Stratégique* (Gestão Estratégica), método de planejamento estratégico que se apoia na microeconomia, estratégia, política, desenvolvimento organizacional e cultura, Rivera (2003) e Artmann (2002) adaptam as contribuições de Mintzberg, Crémadez, Gateau, et.al, introduzindo algumas categorias próprias da área da saúde e epidemiologia, adaptando o entendimento de burocracia profissional para a área da saúde.

Para Rivera (2003) e Artmann (2002), são características das organizações profissionais: primazia do centro operacional que engloba grande número de unidades independentes, altamente especializadas, que reconhecem um ambiente diferenciado; preponderância do relacional – coordenação do trabalho por meio do ajustamento mútuo que pressupõe relações espontâneas e informais entre responsáveis e padronização das profissões; debilidade da tecnoestrutura – fraco poder de ingerência sobre o núcleo operacional; importância da logística – em função da expansão de meios logísticos tipicamente médicos, como equipamentos e tecnologias hospitalares, há conflitos entre administradores e médicos e dentro da corporação médica; e ausência de hierarquia rígida – a direção não tem capacidade ou competência para dirigir diretamente os trabalhadores, atua indiretamente através da tecnoestrutura.

Os serviços de saúde têm características e necessidades complexas que geram exigências diferenciadas em termos de organização e gestão. As variações individuais, as representações de saúde-doença, a organização profissional, o tipo de problema (agudo-

crônico) o risco de iatrogenia, a dificuldade de medir resultados, dentre outros, faz com que os serviços de saúde comportem muitos riscos e necessitem de qualidade. No entanto, não podem ser formalizados demais, pois precisam de flexibilidade para poder atuar junto à imprevisibilidade típica do setor. (DUSSAULT, 1992)

2.2. BREVE HISTÓRICO DO PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE NO BRASIL

No setor de saúde o aparecimento da gerência está relacionado às transformações ocorridas na organização do trabalho médico, que acompanham o processo de ampliação do acesso e diversificação dos serviços de saúde, gerando a formação de organizações complexas, que exigem suporte gerencial. Em termos gerais, pode-se citar as seguintes mudanças no setor de saúde: a interposição de um conjunto de recursos materiais que rompe a relação direta entre o médico e seu objeto de trabalho; a substituição do consultório privado pelas unidades ambulatoriais e hospitalares apoiadas no trabalho coletivo; o desdobramento do trabalho médico em várias funções paramédicas; aumento da interface do trabalho médico com outros setores, como a indústria farmacêutica. (CASTANHEIRA, 2000)

Antes de analisar a gestão dos serviços públicos de saúde no Brasil, cumpre dizer que esta se deu originalmente por influência americana a partir da década de 1920. O ensino da administração em saúde aconteceu principalmente no interior das Escolas de Saúde Pública e nas Faculdades de Medicina e Departamentos de Medicina Preventiva e Social, formando profissionais que atuavam tecnicamente ou na gestão direta dos serviços de saúde. (CASTANHEIRA, 1996)

As ações gerenciais brasileiras em saúde só ganham importância para a organização técnica do trabalho a partir da Segunda Guerra Mundial, isto por que as organizações de saúde, antes da segunda guerra, funcionavam de acordo com uma lógica diferente da existente hoje. As ações assistenciais se davam em consultórios privados, hospitais e em domicílio daquelas pessoas que podiam pagar pelos serviços médicos, enquanto que as ações públicas eram práticas diretas de controle de endemias e se davam de maneira centralizada e de forma temporária. (CASTANHEIRA, 1996)

Com as mudanças advindas da institucionalização do trabalho médico e ampliação do acesso e assistência dos serviços de saúde, a partir dos anos 1960, o planejamento e a gestão

passam a ser valorizados. Para dar conta das necessidades relacionadas à construção dos sistemas de saúde, políticas de governo e questões macro institucionais, o planejamento passa a ser considerado instrumento estratégico para garantir a construção de um sistema universal de saúde. O planejamento em saúde ganha inserção direta na administração pública e nos serviços de saúde como instrumento da gestão, como forma de organizar os serviços, priorizar problemas, racionalizar recursos e melhorar o sistema como um todo.

Na América Latina o planejamento ganha impulso com a CEPAL (Comissão Econômica para América Latina e Caribe), que defendia a substituição das importações e as reformas sociais e políticas como alavanca para o desenvolvimento econômico da região e, para tanto, o planejamento seria instrumento indispensável para alcançar esses objetivos. Nesse contexto fazia-se necessário o planejamento setorial como o da saúde, através da ênfase na pesquisa de métodos e instrumentos da área, dando origem assim ao método Cendes/OPAS.

Este método propõe a realização do planejamento através da avaliação de magnitude (os danos mais significativos em quantidade), vulnerabilidade (danos que responderiam melhor a intervenção) e transcendência (aqueles que se enfrentados trariam maior impacto em outros setores). Percebe-se, pela descrição, que o método não se baseia em necessidades de saúde e sim em parâmetros economicistas, pensados para serem aplicados em situação de restrição de recursos em países em desenvolvimento. No entanto, há que se reconhecer os méritos do método, em especial o de priorizar a prevenção de danos e a atuação sistêmica. (RIVERA; ARTMANN, 2012)

A crítica ao método Cendes/OPAS deu origem a outro documento chamado “Formulação de Políticas da Saúde”, produzido pelo Centro Pan-Americano de Planejamento de Saúde, de 1975. Neste documento o planejamento é pensado como um processo político, que mobiliza diversos atores e introduz a necessidade de análise e viabilidade política da estratégia. A evolução da micro para a macro planificação corresponde à superação do planejamento normativo, cedendo lugar ao planejamento estratégico.

O planejamento estratégico consolida-se nas décadas de 1980-90 e chama a atenção para a questão do poder. Três enfoques podem ser observados no planejamento estratégico: o planejamento estratégico situacional de Carlos Matus; o pensamento estratégico de Mario Testa; e o enfoque estratégico de saúde para todos no ano 2000. Todas essas vertentes colaboram com a superação do planejamento dito como normativo e trazem contribuições

valiosas para o desenvolvimento do planejamento e gestão brasileira. (RIVERA; ARTMANN, 2012)

No Brasil, o Planejamento e Gestão em saúde teve contribuição de quatro grandes vertentes:

- a) A gestão estratégica do Laboratório de Planejamento de Campinas, que traz como contribuição a discussão da gestão colegiada, clínica ampliada, acolhimento e vínculo, tecnologias leves e leve-duras, a crítica ao modelo piramidal de organização dos serviços para um modelo de círculo com coordenação horizontal e centralidade na Atenção Básica. Entre os principais autores desta vertente estão Campos e Mehry.
- b) O planejamento estratégico comunicativo da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), com base no agir comunicativo de Habermas. Utiliza-se do planejamento estratégico situacional e da gestão pela escuta, possuindo ainda contribuições da psicossociologia e gestão organizacional e desenvolvimento de liderança. Os principais autores deste campo são Artmann, Rivera e Azevedo.
- c) A corrente da Vigilância à saúde, que propõe a integração horizontal dos vários programas de saúde pública, atuação intersetorial e promoção da saúde. Tem como contribuição ainda a microrregionalização solidária, proposta de regionalização dos serviços para integração dos sistemas de saúde. O principal autor desta linha é Mendes.
- d) A ação programática da Universidade de São Paulo (USP), que dá ênfase ao trabalho multidisciplinar e de forma programática por grupos humanos amplos, uso inteligente da epidemiologia clínica e da vertente comunicativa de Habermas. São autores desta linha Schraiber e Ayres.

No campo político e legislativo, dentro da estrutura do Sistema Único de Saúde, pode-se citar como marcos do adensamento do planejamento e gestão: a Norma Operacional de Assistência à Saúde, que reorganiza os serviços, buscando reduzir a fragmentação trazidas pela descentralização; o Pacto pela Saúde, que estabelece metas e indicadores para o acompanhamento dos planos de saúde; os espaços de pactuação e formação de alianças como a Comissão Intergestora Tripartite e Comissão Intergestora Bipartite e os Conselhos Municipais, Estaduais e Federal de saúde. Destaca-se ainda o Planeja SUS, que procura articular o planejamento nas três esferas de governo e a promulgação do Decreto 7508, que busca uma nova regionalização para garantir a assistência à saúde no Brasil.

O desenvolvimento das organizações, planejamento e gestão, mesmo necessitando de análises particulares, estão intimamente imbricados. Carlos Matus, em sua teoria do planejamento estratégico situacional, faz a integração da gestão e planejamento e ainda da política, teoria da linguagem, conhecimento intuitivo, dentre outros, demonstrando que para dar resposta adequadas à realidade complexa e mutante todos esses aspectos têm que ser associados e valorizados. (AZEVEDO, 1992)

Destaca-se ainda, nas contribuições de Matus (MATUS, 1996), a proposição de um sistema de direção estratégica composto por pelo menos dez outros sistemas:

- a) Sistema de Configuração da Agenda do Dirigente: este sistema se ocupa com a alocação de tempo e do foco do dirigente;
- b) Sistema de Processamento Tecnopolítico: cumpre o papel de sistematizar a ação para enfrentamento direto dos problemas;
- c) Sistema de Condução de Crise: oferece métodos especiais no caso de emergências;
- d) Sistema de Planejamento Estratégico: concentrado no processamento de um número específico de problemas estratégicos a médio e longo prazo;
- e) Centro de Grande Estratégia: pensa criativamente o sistema a um tempo longo;
- f) Sistema de Orçamento por Programa: formaliza a alocação de recursos econômicos para os módulos de planejamento;
- g) Sistema de Monitoramento: acompanha o andamento dos planos;
- h) Sistema de Cobrança e prestação de contas por desempenho: exige o cumprimento dos compromissos assumidos de forma válida;
- i) Sistema de Gerenciamento por Operações: assume a execução das propostas e diretrizes gerais, convertendo essas propostas em ações;
- j) Escola de Governo: Centro de treinamento em alta direção.

2.3.GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

No Brasil, desde a primeira metade do século XX, percebe-se concomitantemente ao desenvolvimento dos serviços públicos, uma preocupação em desenvolver padrões de racionalização do trabalho, incorporando a teoria clássica de Fayol e das escolas de Relações

Humanas. Pode-se citar como exemplo, em 1931, a criação do instituto de Racionalização do Trabalho em São Paulo, que, a partir dos estudos dos serviços públicos, propõe a racionalização e normatização administrativas. (MATUS, 1996)

Marcos importantes da evolução da gestão pública são as diversas reformas administrativas que desde a década de 1930 vêm sendo implantadas no bojo de crises fiscais e de produção, com objetivos diversos, dentre eles modernizar, descentralizar, racionalizar e desburocratizar os serviços públicos. Podem-se citar três grandes momentos dessas reformas: a Daspiana de Getúlio Vargas; a instituída pelo Decreto-lei 200, de 1967; e, mais recentemente, já no período democrático, em 1995, a reforma lançada pelo Ministro Bresser Pereira. Esta última, chamada de Administração Pública Gerencial, vem como alternativa à administração burocrática, tendo ênfase na eficácia, eficiência e resultado dos serviços. (BARBIERI, 2003)

Em 1937, o então presidente Getúlio Vargas cria o Departamento Administrativo de Serviço Público, demonstrando o interesse de governo em implementar racionalidade ao gasto público e ainda promover simplificações, padronizando e organização a administração de pessoal e técnicas orçamentárias.

O Decreto-lei 200, de 1967, implantado durante o período de ditadura civil-militar, tinha como principais objetivos a contenção dos custos administrativos, institucionalização de um sistema de orçamento e planejamento, estabelecimento de novas estruturas ministeriais, descentralização e transferências de tarefas de sentido local para estados e municípios. (CASTANHEIRA, 1996; WARLICH, 1974)

Em relação à reforma do Ministro Bresser Pereira, pode-se afirmar que seu principal marco foi a publicação do “Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado”, de 1995. Este documento colocava a necessidade de reconstruir o Estado em função de sua crise fiscal, do modelo de intervenção estatal e do modelo burocrático de administração pública, responsável pelos altos custos e baixa qualidade dos serviços públicos, a esta reforma designou-se o termo “novo gerencialismo”. (BRESSER PEREIRA, 1999)

O “novo gerencialismo” trouxe, dentre outras propostas, a descentralização do poder do Estado e dos serviços públicos, buscando proporcionar maior autonomia aos entes federativos em diversos setores sociais, como a saúde.

O modelo de administração pública proposto pela Reforma de Estado de Bresser Pereira utiliza como estratégia a descentralização, com maior liberdade e possibilidade de planejamento e acompanhamento pelos executores, tendo como focos o usuário e os resultados. Tem como

forma de controle os “instrumentos de gestão”, tornando a gestão mais ágil e com competência regulatória.

O novo gerencialismo traz como principais elementos:

- a) Redução dos custos;
- b) Desagregação das agências burocráticas em agências reguladoras ou executoras dos serviços como as Organizações Sociais;
- c) Separação entre executor e provedor;
- d) Gestão por desempenho;
- e) Nova política de pessoal com salários pagos por desempenho;
- f) Aumento da ênfase na qualidade voltada para satisfação do usuário. (LOCH, 2009)

Na área da saúde, em direção ao novo gerencialismo e buscando maior eficiência dos serviços públicos, algumas medidas foram tomadas, podendo-se citar: transformação dos hospitais públicos em organizações sociais; gerenciamento por resultados e através dos contratos de gestão; incentivo financeiro para atividades consideradas essenciais, como o Piso de Atenção Básica, terceirização de serviços como limpeza; implantação de agências reguladoras como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária; desenvolvimento de pactos de indicadores; pactuação e planejamento intermunicipal, dentre outros.

Para Motta (2001), a Reforma Administrativa brasileira no setor de saúde, no sentido do novo gerencialismo, pode causar fragmentação dos serviços e redução de governabilidade dos entes federativos, mas tem o potencial de melhorar a eficiência quanto ao gasto público e à qualidade dos serviços, promovendo assim maior satisfação dos usuários e o compromisso com a excelência dos serviços.

Para Fleury (2014), com a descentralização promovida após Constituição de 1988, as secretarias municipais de saúde foram empoderadas, representando um adensamento na democracia local, na medida em que coloca as decisões mais próximas da população, redistribuindo competências, recursos tributários e gestão das políticas sociais. No entanto, para que a descentralização cumpra sua promessa de democratização, participação social e modernização da gestão pública, ela demanda a constituição de boas estruturas administrativas no plano subnacional, com capacidade institucional e administrativo-financeira.

Com a descentralização dos serviços de saúde, as secretarias municipais de saúde passaram a gerenciar, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde de 2010, 95,6% dos estabelecimentos públicos de saúde, além de assumir também a responsabilidade de contratação formal de um amplo conjunto de unidades privadas. Essa grande demanda exigiu das secretarias municipais de saúde modernização da sua burocracia, formação de competências complexas e incorporação de inovações em diversas áreas como gestão de recursos humanos, planejamento, compras governamentais, contrato de gestão, dentre outros.

A descentralização dos serviços de saúde para esferas subnacionais foi conduzida pela União através do uso de marcos normativos, as normas operacionais, garantindo assim formação de capacidade de gestão e provisão de serviços. A adesão de estados e municípios às condições padronizadas permitiu a construção de bases institucionais regulares, resultando principalmente na transferência progressiva de responsabilidade sanitária, expansão da oferta de serviços e mudança no modelo de prática de cuidados. Nesse ínterim, um aspecto fundamental a ser considerado é a estrutura de recursos humanos que os municípios possuem para organizar e executar os serviços de saúde. Assim, autonomia local para definir políticas quanto à seleção, retenção, qualificação e avaliação dos profissionais aumenta a efetividade da descentralização. (FLEURY, 2014)

Em estudo longitudinal realizado em âmbito nacional nos anos de 1996 e 2006 por Fleury (2014), há evidências de que houve significativos avanços na modernização gerencial das secretarias municipais de saúde, apesar de muitas assimetrias verificadas entre municípios, de acordo com a região do país e o porte populacional.

Entre os aperfeiçoamentos gerenciais pode-se citar a gestão da informação, gestão de pessoas, estabelecimento de parcerias e celebração de convênios técnicos. Entre as inovações, pode-se assinalar o mecanismo de controle de qualidade dos serviços próprios, presente em 51,6% das secretarias municipais de saúde. Em municípios com maior porte populacional, municípios entre 50-200 mil habitantes e acima de 200 mil, verifica-se ainda elevado percentual de controle de qualidade para serviços contratados e conveniados. (FLEURY, 2014)

Loch (2009) aponta que, especialmente os novos instrumentos gerenciais, conhecidos como instrumentos de gestão, a exemplo da avaliação por resultados e desempenho, gestão da qualidade, responsabilização e relatório de gestão, poderão otimizar os recursos públicos e aperfeiçoar o Sistema Único de Saúde, notadamente em serviços essenciais como a Atenção

Básica. Para Barbieri (2003), no entanto, as organizações de saúde ainda possuem controle burocratizado, com o cumprimento prioritário de demandas regulatórias para não perder recursos financeiros, de forma que os gestores desenvolvem suas atividades sem a possibilidade de gerenciar plenamente os serviços que atuam.

Evidentemente, a organização dos serviços de saúde no âmbito municipal não pode ignorar as especificidades gerenciais desses serviços, cabendo considerar, como adverte Motta (2001), que as características dos serviços de saúde enquanto organização produtora de serviços, a diferencia de outras organizações nos seguintes pontos:

- a) A intangibilidade da produção de seus serviços, ou seja, seu produto não é objetivável e acaba no momento do fornecimento;
- b) Receios e cautelas de interação, que por vezes podem ser vistas como ferindo a autonomia das unidades organizacionais;
- c) O trabalho fragmentado, em função do isolamento das unidades organizacionais e mesmo a divisão do trabalho interprofissional;
- d) A contradição entre as necessidades e os recursos limitados;
- e) Distribuição de poder, em função das diferentes autonomias e de poder que os diversos profissionais que compõem o serviço possuem;
- f) Pensamento corporativo, pois muitos profissionais se identificam mais com sua corporação que com a organização à qual trabalham, gerando diferenças entre práticas de cada profissão e os objetivos da organização;
- g) Normalização do trabalho, tendo em vista que os profissionais desempenham papéis marcados pelo costume, o que dificulta o planejamento de mudanças.

Uma dificuldade maior para a gestão em saúde consiste no fato de que os profissionais por vezes se identificam mais com a categoria profissional do que com a organização a qual pertencem. Além disso, a necessidade de trabalho interdisciplinar exige grande coordenação e uma certa renúncia do corporativismo e das rivalidades profissionais, o que nem sempre é fácil para os profissionais. (DUSSAULT, 1992)

Nestas organizações, formalizar demais a produção e gerenciar autoritariamente não produz bom desempenho dos profissionais na área da saúde. No entanto, a falta de coordenação das atividades multiprofissionais, bem como a autonomia sem imputabilidade, irão criar

organizações incapazes de desempenhar bem o seu papel. Assim, cabe à gestão encontrar um equilíbrio ótimo entre a autonomia necessária aos profissionais e a garantia de alcance dos objetivos organizacionais. Para isso, flexibilidade e descentralização da autoridade são importantes.

Um dos modelos de gestão adequado para alcançar estes objetivos é a gestão colegiada. Nela os profissionais podem se sentir representados e participar das decisões que afetam o cotidiano do seu trabalho, responsabilizando os profissionais com o seu desempenho nos serviços. (DUSSAULT, 1992)

Para Azevedo (2013), apoiada em autores como Santos, Birman, Bauman, dentre outros, a sociedade pós-moderna pode ser caracterizada pela urgência, individualismo, fim de ideais e conformismo, apresentando um contexto desfavorável a gestão das organizações de saúde pautadas pelo compartilhamento, cooperação e coletivismo. No entanto, autores como Campos e Merhy trazem, através de sua produção acadêmica, reflexões e propostas de inovação no campo gerencial, no sentido da democratização e sociabilização de coletivos. Estas propostas são particularmente bem aceitas no modelo de organização típica do setor de saúde, como apresentado acima.

Com base na identificação de que modelos autoritários e inflexíveis de gestão não são bons produtores de serviços de saúde, Campos (1998) propõe a Gestão Colegiada ou Gestão Democrática ou, ainda, Gestão Colegiada centrada em equipes de saúde. Esta proposta busca construir uma alternativa operacional ao modelo taylorista de gestão com três grandes objetivos: produção qualificada de serviços de saúde, garantia de sobrevivência do sistema e a realização dos trabalhadores.

Este método se baseia em trabalho multiprofissional organizado em equipes de trabalho. Cada equipe possuiria um coordenador que elaboraria um projeto de trabalho, cada serviço comporia um colegiado de trabalhadores encarregado de elaborar diretrizes, metas e programas de trabalho, avaliando-os periodicamente. Ao coordenador da equipe caberia o papel de direção executiva, implementando decisões do colegiado e tomando decisões imprevistas, mantendo elo de comunicação com o exterior e contato com outras unidades e a direção geral dos serviços de saúde. É importante salientar que a função de dirigente ou liderança não seriam eliminadas, elas assumiriam um caráter não exclusivo. (CAMPOS, 1998)

Cecílio (2010), avaliando os colegiados de gestão nas Unidades Básicas de Saúde no município de Campinas, observa que nenhum colegiado de gestão, mesmo que se aproxime do

modelo idealizado pelos seus formuladores, dá conta da complexidade da vida organizacional, de forma que é importante ter clareza dos limites e possibilidades do mesmo. Em sua pesquisa observa que os colegiados de gestão podem ser condição necessária, porém não garantem a democratização das decisões dos gestores, pois o gerente dos serviços que adota este modelo colegiado precisa de apoio e formação. Outros mecanismos mais descentrados, ágeis e colados nos processos de trabalho poderão ter mais potência que o próprio colegiado de gestão.

Para Merhy (2002), os serviços de saúde são um território de disputa onde se dá o trabalho vivo, ou seja, a interface entre os processos de gestão e cuidado em saúde, que tem como ideia-força a problematização dos modos cotidianos de produzir saúde, através da análise da micropolítica do trabalho vivo em ato. O autor avalia que, para superação do modelo hegemônico, será necessário o gerenciamento das organizações de forma mais coletiva, com a organização do usuário centrada, permitindo assim a construção de vínculos e compromissos estreitos entre trabalhadores e usuários, conforme suas necessidades individuais e coletivas.

Nas Unidades Básicas de Saúde o trabalho é pautado pela complexidade e interdependência dos seus membros, não sendo necessário um grande número de profissionais para a necessidade de gerenciamento, voltado não à supervisão direta do trabalho, nada produtiva, mas sim à facilitação da coordenação do processo de trabalho entre os profissionais, democratização das decisões em grupos colegiados entre outras atividades de apoio as equipes, trabalhadores e usuários.

Segundo Rivera (1996), nas organizações profissionais de saúde onde atuam as Equipes de Saúde da Família o processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde é pautado pela complexidade de sua intervenção, pois:

- a) O poder está distribuído, ninguém o concentra totalmente;
- b) Os processos de trabalho são coordenados com base no conhecimento especializado, especialmente dos médicos; estes procedimentos são diversificados e geram resultados também diversificados e de difícil mensuração;
- c) O corporativismo dificulta a dinâmica das equipes;
- d) Essas organizações têm governabilidade relativa, dependendo de instâncias superiores da organização;
- e) As atividades terminais têm relação direta com o usuário que participa ativamente no serviço a ser prestado;

Neste cenário de exigências contínuas por parte das equipes de saúde e dos serviços de Atenção Básica, o papel do gestor da unidade pode ser um diferencial para o adequado desenvolvimento das ações. Para Egry e Fracolli (2001), a gerência dos serviços de saúde nas unidades básicas pode se constituir como um importante propulsor de mudança no modelo assistencial, além de impactar diretamente a política de saúde.

Para Fernandes et. al (2009), a reorientação das funções gerenciais pode ser uma estratégia de consolidação do SUS, direcionando o processo de trabalho das equipes, melhorando as relações interpessoais e a satisfação do usuário. Para o autor, a gerência possui caráter articulador e integrativo, sendo determinada e determinante no processo de organização do serviço. O gestor destes serviços precisa lidar com as limitações próprias no setor de saúde, como déficit de pessoal e material, conflitos interpessoais, informações e dados em saúde, planejamento das ações, alcance de metas.

Ações com o objetivo de melhorar a gestão das Unidades Básicas de Saúde já foram implementadas no Brasil. Em 1993, o Ministério da Saúde criou o projeto GERUS – Desenvolvimento Gerencial de Unidades de Saúde do SUS, que pretendia capacitar gestores das unidades de saúde para avaliação das condições sócio epidemiológicas e dos serviços e a condução dos processos de trabalho com qualidade e produtividade. O projeto GERUS foi compreendido dentro de ações para implementação da estratégia de descentralização das ações e serviços de saúde, como forma de ampliar o escopo gerencial de estados e municípios. Para Ramires et. al (2004), o projeto GERUS não conseguiu dar conta das dificuldades que o setor enfrenta, necessitando de adequação para as diferentes realidades onde é implantado.

Em publicação realizada por Ferreira (2004), o autor alerta que as capacitações para o exercício das funções gerenciais vêm se defasando ao longo dos anos e que os cursos de especialização existentes têm como enfoque o administração hospitalar.

Outra iniciativa de aproximação com a temática dos gestores de Unidades Básicas de Saúde foi o projeto “Perfil dos Gerentes das Unidades Básicas de Saúde”, iniciado em 2009, financiado com recursos da Organização Pan-Americana de Saúde, apoio do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde e realizado pelo Laboratório de Liderança e Gestão Responsável da UFSC. Esta pesquisa foi desenvolvida em todas as regiões do país e teve como produto um livro intitulado “Gestão e Liderança em Unidades Básicas de Saúde” e um curso de 40 horas realizado em Florianópolis para os gerentes que participaram da fase qualitativa da pesquisa. (CUNHA et al., 2011)

Em nova oferta de formação, o Departamento de Atenção Básica, em parceria com a Universidade Federal Fluminense, ofereceu mil vagas aos gestores de UBSs para o Curso de aperfeiçoamento em Gerência e Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado, com carga horária de 180 horas e três encontros presenciais entre os anos de 2016 e 2017. (BRASIL, 2016a)

Em relação à gestão de Unidades Básicas de Saúde, cumpre inicialmente explicar que a utilização do termo Gestor de Unidade Básica de Saúde se refere ao que pode ser chamado de coordenador de UBS, gerente de UBS, administrador de UBS. Segundo Castanheiras (1996), como já apontado acima, os termos gerência, administração e gestão, apesar de origens históricas distintas, têm sido usado de forma indiscriminada e são equivalentes. Neste estudo optou-se pelo termo Gestor de Unidade Básica de Saúde para definir o profissional que atua entre os prestadores diretos de serviço (as equipes e os profissionais de saúde) e a gestão propriamente dita (os gestores intermediários ou a cúpula) e que desenvolve suas atividades de gerência dentro das Unidades Básicas de Saúde.

O termo Unidades Básicas de Saúde será utilizado para todas as unidades no Brasil que prestam serviços de Atenção Básica, apresentando ou não equipes de saúde da família. Essas unidades recebem os seguintes nomes de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: Centro de Saúde/Unidade Básica, Posto de Saúde e por vezes, Unidade Mista, Unidade Móvel Fluvial, Unidade Móvel Terrestre e popularmente podem ser chamadas de Clínicas de Família, Centros de Atenção Primária, Postinho de Saúde, dentre outros. Para facilitar o entendimento, tratar-se-á de todas essas unidades como Unidades Básicas de Saúde de acordo com a nomenclatura adotada pela Política Nacional de Atenção Básica vigente. (BRASIL, 2011a)

Serviços de saúde voltados ao atendimento clínico básico da população não são recentes, foram inicialmente propostos no Estado de São Paulo. Durante a chamada “Reforma Paula Souza” de 1925, este equipamento chamado de “Centro de Saúde” tinha como objetivo promover a formação da consciência sanitária da população em geral, realizar os serviços de profilaxia geral e específica, dispensar aos doentes tratamento medicamentoso, realizar visitas domiciliares para orientação de educação e higiene, fazer educação popular, dentre outros, atuando em uma zona limitada da cidade. Em função da oposição recebida, os Centros de Saúde previstos não puderam ser implementados, sendo implantado somente um no centro de São Paulo. (CASTANHEIRA, 1996)

Segundo Castanheiras (1996), na reforma dos serviços de saúde que foram propostas de 1938 para o Estado de São Paulo é que aparece pela primeira vez a caracterização das chefias de “centros de saúde”. Este profissional teria a função de oferecer a todos livre acesso à assistência, de forma adequada e gratuita, e garantir a boa prática médica. A necessidade da gerência como atividade importante dos Centros de Saúde torna-se cada vez mais presente, com a divisão do trabalho e a conformação de equipes multiprofissionais. Documentos de 1943 do Ministério da Educação e Saúde ilustra essa mudança, definindo claramente os profissionais que devem fazer parte dos centros de saúde e o papel e responsabilidade do “Médico-Chefe” e da “Enfermeira-Chefe” no sentido de realizar atividades explicitamente gerenciais como a coordenação, supervisão e o controle do trabalho em equipe.

Na organização profissional, arquétipo utilizado para aproximar das características das organizações de saúde, o administrador profissional, no caso em estudo, o gestor de UBS pode não ter condições de controlar diretamente o profissional de saúde, mas tem um papel fundamental (especialmente na Atenção Básica brasileira que fez uma escolha pelo trabalho multiprofissional) de negociar e garantir entre os profissionais um processo de trabalho integrado, mediando conflitos e sugerindo soluções para os mesmos. Outra importante função do gestor é agir como isolante de pressões externas à organização, ganhando, assim, importância o papel do gestor junto às organizações da sociedade civil, usuários, portadores de patologia, entre outros, mediando possíveis conflitos e garantindo *feedback* adequado para os profissionais.

A crescente pressão externa por agilidade e flexibilidade e, ao mesmo tempo, por resultados da organização, e também a crescente necessidade interna por controle e previsibilidade, coloca o gestor no centro do conflito e como mediador entre as necessidades da gestão municipal, trabalhadores e usuários. Desta forma, torna-se premente profissionalizar e formar este gestor. Afinal, é ele quem irá transformar os planos e imprevisibilidades em resultados. (FRANCO; SANTOS; SALGADO, 2011)

Para Mintzberg (2011), estes gestores executam importantes papéis de agregação das informações para os gestores acima e de *feedback* para o melhoramento do desempenho das unidades que atuam. Assim, estes fluem para cima os problemas, dificuldades, propostas de mudança e as decisões que necessitam de autorização prévia e, para baixo, os recursos, regras e planos a serem adotados, sendo que muitas vezes tomam decisões de acordo com a autoridade que lhes é concedida.

Castanheiras (2000) refere ainda que a gestão de Unidades Básicas de Saúde é estratégica para a transformação das práticas em saúde, em função de sua posição entre as estruturas centrais, com poder de definição técnica e política e a prestação direta dos serviços, próximo da produção da atenção, de profissionais e usuários do sistema, caracterizando-se como polo privilegiado de tradução das políticas de saúde em formas concretas de organização dos serviços.

Para desempenhar a função de gestor de unidade básica é necessário conhecer planejamento, estratégias para sua implementação, programação, entender sobre as formas de contrato, gestão de pessoas, gestão dos processos de trabalho e do conhecimento, organização da rede de saúde, além das questões relacionadas à infraestrutura predial e sua manutenção. (FRANCO; SANTOS; SALGADO, 2011)

O gestor de unidade básica de saúde faz a ponte entre a assistência e a gestão, necessitando possuir ambas as capacidades para ser reconhecido pelos colegas como um gestor eficaz, para dialogar com os profissionais, para eventualmente, em situações específicas, poder atuar inclusive com seu saber profissional. Para Dussault (1992), os gestores não necessitam entender tudo sobre gestão ou produção dos serviços de saúde, mas precisam entender o que seus profissionais fazem. A pesquisa de doutorado de André (2010) vem confirmar essa visão, na medida em que conclui que o perfil ideal de formação para o gestor de unidade básica seria aquele com Formação Acadêmica em Ciências da Saúde e formação específica em Gestão dos serviços de saúde.

2.4. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

A área da saúde vem sendo construída, a partir do século XVIII, em um processo histórico de disciplinamento dos corpos e de constituição das intervenções sobre os sujeitos. Desde então se inicia um relacionamento entre os diferentes setores sociais envolvidos com a questão saúde e Estado, numa dinâmica de redefinição e reconstrução de práticas sanitárias e políticas de saúde. (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998)

Nos fins do século XVIII, em um contexto de debate entre a teoria socialista, com Marx e Engels, e o capitalismo, toma corpo a ideia de causação social das doenças, ou seja, a medicina passa a buscar a relação entre a proletarização e as causas das doenças, definindo assim uma

teoria social da medicina. Com a derrota dos movimentos revolucionários e o surgimento da bacteriologia, a medicina social, que verdadeiramente nunca suplantou a teoria anterior, dos miasmas (em que o contágio se daria pelo ar contaminado), se vê rechaçada. (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001)

A teoria advinda com Pasteur, em que partículas seriam as responsáveis pelo aparecimento das doenças, desloca a medicina social para o segundo plano e as causas externas passam a ser as responsáveis pelo aparecimento das doenças. Assim, a categoria médica, subsidiada pelo ideário burguês, vitorioso no fim do século XVIII, em resposta às questões sociais, se alia à ideia de higiene, em que o indivíduo passa a ser o responsável por sua saúde e seu adoecimento.

Nos fins da década de 1920 e início da década de 1930, ocorre a quebra da bolsa de valores dos Estados Unidos e uma profunda crise de produção capitalista. Em meio a essa nova conformação econômica, a medicina é chamada a dar resposta às questões referentes aos elevados custos da atenção médica. Assim, embasada na teoria higienista e temendo a proposta de reformulação no sistema de saúde americano, a categoria médica elabora uma resposta liberal à crise: a medicina preventiva, buscando, sem transformações substanciais, a redução dos custos da atenção médica.

O seminário de Colorado Spring, no auge da discussão preventivista, durante o ano de 1953, traçou novas responsabilidades ao profissional médico através da formação em Medicina Preventiva, o que preencheu o vazio deixado pela higiene no plano individual, trazendo responsabilidade social diante da família e mantendo no plano político o caráter liberal da profissão. (AROUCA, 1975)

A proposta de Medicina Comunitária desenvolve-se na sequência de outras propostas, tais como a Medicina Integral e a Medicina Preventiva, e não se constitui como campo conceitual diante de uma nova problemática, mas se baseia em princípios já elaborados em outras propostas, significando fundamentalmente uma forma de extensão dos cuidados médicos individuais. Tais estratégias encontram, em cada profissional, o agente de excelência da reforma médica. (DONNANGELO; PEREIRA, 1976)

O conceito de Medicina Integral apresenta o confronto entre o caráter fragmentário do trabalho médico – correspondente ao crescimento das especialidades – e a falta de uma concepção do indivíduo biopsicossocial, acreditando que tão-somente pela possibilidade de

superação desse confronto se resolveria a questão da falta de eficiência técnica, dos custos crescentes e da fragmentação da atenção.

É como forma de prestação de assistência e prática de saúde que a Medicina Comunitária surge nos Estados Unidos da América e, pelo suporte de agências internacionais de saúde como a Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde, se difunde entre os países dependentes. Na América Latina o projeto ganha força na década de 1970, resultando em uma proposta de extensão da assistência para populações pobres, urbanas e rurais, que representa também uma atividade paralela à assistência médica dominante. (FRANCO; MERHY, 2003)

A partir dos anos 1970, a proposta de reformulação dos sistemas de saúde com base no primeiro nível de atenção, a atenção primária, espalha-se para países do Terceiro Mundo, impulsionada por agências de financiamento internacional, como o Banco Mundial. No Brasil, as Medicinas Preventiva e Familiar foram introduzidas na década de 1960 com a Reforma Universitária de 1968. (TEIXEIRA, 2002)

Foi fundamental, para a proposta de Medicina Familiar, a articulação do conceito de níveis de prevenção, oriundo da Medicina Preventiva, com as ideias de participação comunitária, utilização de pessoal auxiliar e hierarquização e regionalização dos serviços que advêm da Medicina Comunitária. Assim, atuando nesse primeiro nível de atenção, estaria o médico de família, que surge como contraposição à desumanização e especialização constante da medicina conservadora, mantendo, contudo, as características clínicas e hospitalocêntricas do médico liberal.

Um dos pilares na construção da proposta de atenção primária em saúde foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, em Alma-Ata, no ano de 1978. Elevou-se, assim, a atenção primária em saúde como a estratégia para se alcançar a meta de “saúde para todos no ano 2000”, definida pela assembleia mundial da Organização Mundial de Saúde, em 1977, assumindo uma proposta de extensão da cobertura dos serviços básicos de saúde com foco em sistemas simplificados de assistência à saúde. No Brasil, durante o ano de 1976 surge o Centro de Estudos Brasileiros de Saúde e, em 1978, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), que representarão espaços de análise crítica e resistência da situação de saúde brasileira. (OPAS, 1978; NUNES, 2005)

Os técnicos brasileiros e os professores dos departamentos de saúde pública, medicina social ou preventiva das universidades conjugaram-se em torno de uma proposta de medicina

social latino-americana, dando origem à chamada reforma sanitária brasileira. Esta importa, principalmente da Europa, os princípios que deveriam nortear o sistema de saúde brasileiro: equidade, integralidade, regionalidade, acesso universal e descentralização. (NUNES, 2005)

A reforma sanitária conseguiu, em função do engajamento em torno do movimento pela redemocratização do país e através de uma articulação junto aos deputados constituintes, a implementação de seus pressupostos na Carta Constitucional de 1988, que criou o Sistema Único de Saúde. Com a aprovação da Constituição era necessário criar leis que colocassem em prática os pressupostos contidos em seus artigos. Assim, em 1990 foram promulgadas as Leis 8.080 e 8.142, que versam sobre a organização geral do sistema de saúde brasileiro, a descentralização e o controle social do SUS.

Na Lei 8.080 percebe-se o realce às competências do Ministério da Saúde, restringindo a prestação direta de serviços com ênfase na descentralização a estados e principalmente a municípios. O Ministério da Saúde continua como o responsável pela estratégia nacional do SUS, seu planejamento, controle, avaliação e auditoria e ainda a coordenação de serviços de alta complexidade e regulação do setor privado. A Lei 8.142 representa uma grande inovação na organização da política pública brasileira, pela criação de vários mecanismos de participação e controle social. (SCATENA; TANAKA, 2001)

Para operacionalizar a descentralização das ações e serviços para estados e municípios, inicialmente o INAMPs e, posteriormente, o Ministério da Saúde, foram lançadas as Normas Operacionais Básicas (NOBs). A NOB 01/91 foi a primeira a ser promulgada e, apesar de passados três anos da aprovação dos princípios e diretrizes do SUS, mantinha a mesma estrutura centralizadora do MS. Nessa NOB, os municípios se restringiam à gerência das unidades locais e os pagamentos eram efetuados por produção, o que gerava distorções relacionadas à avaliação do sistema de acordo com a produção de procedimentos.

Já a partir da NOB 01/93, resultado das discussões da IX Conferência Nacional de Saúde, cujo tema principal foi a descentralização do SUS, os municípios ganharam maior autonomia gerencial, habilitando-se a uma forma de gestão. Foram instituídas comissões intergestoras, Comissão Intergestora Bipartite (formada paritariamente por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e da entidade representativa dos secretários municipais de Saúde do Estado) e Tripartite (constituída por representantes do MS, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

(CONASEMS), de forma a propiciar um cenário para negociação e pactuação entre gestores, potencializando a descentralização. (CARVALHO; MARTIN; CORDONI, 2001)

A NOB 01/93 deu grande impulso à habilitação municipal nos modelos de gestão, de forma que, em 1996, 63% dos municípios estavam habilitados em alguma forma de gestão. No entanto, três quartos dos recursos federais destinados ao custeio da assistência à saúde mantinham-se repassados por produção de procedimentos, igualando estados e municípios com prestadores privados de serviço.

Um passo importante dado para a consolidação do SUS e para o fim da dicotomia entre atenção preventiva e curativa foi a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), pela Lei 8.689, de 27 de julho de 1993. Avançando no sentido da descentralização, propõe-se a NOB/96, com mudança na forma de repasse dos recursos, com transferência regular fundo a fundo, o que possibilitou maior autonomia dos municípios. Criou-se também o PAB, valor *per capita* repassado fundo a fundo ao município, modificando a lógica do financiamento por produção de procedimentos. (CARVALHO; MARTIN; CORDONI, 2001)

A habilitação municipal em algumas das formas de gestão propostas pelo MS atingiu, em fins de 2000, cerca de 99% dos municípios brasileiros, demonstrando a capacidade indutora do Governo Federal no desenvolvimento de políticas setoriais. A NOB/96 também propunha a Programação Pactuada e Integrada (PPI) como forma de regulação das questões relacionadas à heterogeneidade dos municípios e a sua possibilidade ou não de oferecer serviços de assistência, mas a PPI não foi implementada. (GUERREIRO; BRANCO, 2011)

Para sanar essa situação, o MS propõe as Normas Operacionais de Atendimento à Saúde (NOAS 2001 e 2002) que, através do processo de regionalização municipal, busca garantir a assistência para os pequenos municípios. A NOAS traz a organização dos serviços de média e alta complexidade; fortalecimento da capacidade de gestão do SUS, com a definição de papéis de cada ente federativo e do processo de controle, avaliação e regulação da assistência; e revisão de critérios de habilitação.

Com a evolução do processo de pactuação em janeiro de 2006, a CIT aprova o Pacto pela Saúde, composto pelo Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão do SUS. O Pacto pela Saúde buscou dissolver a dicotomia existente nas ações pactuadas da assistência *versus* da vigilância. O Pacto da Saúde tem como inovação a extinção dos processos de habilitação de estados e municípios, o reforço a regionalização solidária, a integração de repasses federais para

instâncias subnacionais e a unificação do processo de pactuação de indicadores, bem como a criação do Termo de Compromisso de Gestão, que substitui o processo de habilitação e que visa construir de forma mais clara a responsabilização solidária do SUS. (BRASIL, 2007)

Um novo passo no sentido da garantia da integralidade da atenção foi a aprovação, em 28 de junho de 2011, do Decreto 7.508, que regulamenta a Lei 8.080 dispendo sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento em saúde, a assistência e articulação interfederativa. Para garantir o atendimento regionalizado e hierarquizado, o decreto cria as Regiões de Saúde. Cada Região deve ser servida de Atenção Básica, Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde.

O decreto ainda define quais serviços estão disponíveis para o SUS através da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde e Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, bem como propõe o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde, que substitui o Termo de compromisso de Gestão, onde são definidas as responsabilidades e as atribuições de cada ente federado na provisão das ações e serviços de saúde e tem caráter legal, esclarecendo aos órgãos fiscalizadores o papel de cada ente federativo nas redes de atenção à saúde. (BRASIL, 2011b)

Este breve histórico da constituição do sistema de saúde brasileiro exige um aprofundamento mais atento em um dos eixos desta tese, a Atenção Primária em Saúde no Brasil. Assim sendo, abaixo apresenta-se a constituição do termo “Atenção Básica” e ainda o Programa Saúde da Família, principal modelo de Atenção Básica brasileiro.

No Brasil, o termo Atenção Primária à Saúde aparece em documentos oficiais durante a VII Conferência Nacional de Saúde em 1980, onde o diretor geral da OMS e o Ministro de Saúde brasileiro destacam que a Atenção Primária à Saúde é o caminho para mudar a saúde no Brasil. Nos documentos do Ministério da Saúde, o termo Atenção Primária aparece no documento “O trabalho do Agente Comunitário de Saúde”, em 2000. No entanto, os termos atenção primária, assistência primária, ações de primeiro nível de assistência e Atenção Básica são apresentados como sinônimos. (GIL, 2006)

O termo Atenção Básica aparece entre os documentos próprios do Ministério da Saúde no texto “Saúde da Família no Brasil: Linhas Estratégicas para o Quadriênio 1999/2002”, de 1999, e posteriormente na XI Conferência Nacional de Saúde em 2000. Para Mello, não há dados precisos que permitam explicar o porquê no Brasil a Atenção Primária à Saúde ganhou uma outra denominação. Indícios apontam para uma questão ideológica, de não assumir o termo

comumente usado pelas agências internacionais, como o Banco Mundial, em suas políticas na área da saúde. (OPAS, 1978)

Para Souza (2010), foi a criação do Piso de Atenção Básica (PAB) o grande gerador da polêmica semântica quanto ao uso do termo Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde. A autora afirma que ao mudar a lógica de financiamento para o primeiro nível de atenção para um modelo *per capita*, era necessário escolher um nome para esta modalidade de repasse; porém, ao consultar colaboradores externos, ficou claro que o termo atenção primária seria imediatamente relacionado a pacotes mínimos de cobertura, impostos por agências internacionais. Foi então sugerido o termo Piso de Atenção Básica e, a partir de então, o termo Atenção Básica se disseminou.

A partir destes documentos apontados acima, o Ministério da Saúde tem utilizado, de forma sistemática, com referência ao primeiro nível de atenção à saúde, o termo “Atenção Básica”. No documento sobre avaliação da Atenção Básica, produzido pela Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica, o MS coloca que “Atenção Básica” é a denominação adotada no país para o que internacionalmente se chama de atenção primária. (BRASIL, 2003a)

Para Gil (2006), com a multiplicidade de modelos municipais de atenção à saúde de primeiro nível é normal que diferentes termos sejam usados para representá-los. Para Mello, os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” podem ser usados como sinônimos, sem que haja um problema conceitual. Para fins deste artigo será usado o termo Atenção Básica, em função de seu já consolidado entendimento a nível nacional e por ser o termo adotado na Política Nacional de Atenção Básica vigente. (GIL, 2006; MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009)

Já quanto ao “Programa Saúde da Família” (PSF), este foi articulado a partir de uma reunião ocorrida em 27 e 28 de dezembro de 1993, em Brasília, com o tema “saúde da família”, convocada pelo então Ministro da Saúde, Henrique Santilho. O PSF teve como precursor o programa de agentes comunitários de saúde, que teve início em 1991 e aos poucos se tornou o principal modelo de Atenção Básica brasileiro. Partia-se do êxito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e também da experiência do Programa Médico de Família de Niterói.

O primeiro documento que traça as diretrizes do Programa data de setembro de 1994, trazendo a proposta de torná-lo instrumento de reorganização da atenção à saúde, respeitando os princípios do SUS. Sua aplicação se deu preferencialmente em áreas de risco, selecionadas

a partir do “Mapa da Fome”, do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. Com a NOB 96 ocorre a criação do Piso de Atenção Básica (PAB), através da portaria GM/MS 1882/1997, que institui a remuneração *per capita*. O PAB marca uma profunda transformação na forma de financiamento dos serviços de saúde no Brasil, anteriormente vinculado a oferta de serviços. Desta forma, o PAB tem um forte poder indutor de constituição de ações de Atenção Básica em todo o território nacional. (VIANA; DAL POZ, 1998)

O Ministério da Saúde mantém, desde então, em suas publicações, a intencionalidade de reorganização da atenção à saúde no país com o PSF, priorizando as ações de promoção, proteção e recuperação de indivíduos e famílias, do recém-nascido ao idoso, de forma integral e contínua. O MS salienta ainda que o PSF é uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades sanitárias em determinado território, com caráter substitutivo. Não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde, nem destinada a determinado grupo populacional. (BRASIL, 1994)

Desde 1994, quando foram implantadas as primeiras equipes, o Programa vem se ampliando em número de equipes e cobertura populacional, como demonstrado na Tabela 1, abaixo:

Tabela 1 - Programa de Saúde da Família: Evolução do Número de Equipes, da População Assistida (em milhões) e da Cobertura Populacional, Brasil: 1994-2016:

Ano	Número de Equipes	População Assistida	% de Cobertura Populacional
1994	328	1,1	0,7
1995	724	2,5	1,6
1996	847	2,9	1,8
1997	1.623	5,6	3,5
1998	3.063	10,6	6,5
1999	4.254	14,7	8,7
2000	8.604	29,7	17,5
2001	13.168	45,4	26,3
2002	15.201	50,3	29,2
2003	19.068	62,3	35,7
2004	21.232	69,1	39,0
2005	24.564	78,61	44,4
2006	25.962	83,3	44,9
2007	27.438	87,8	46,7
2008	28.452	90,7	48,2

2009	29.678	94,5	49,8
2010	30.996	98,0	51,66
2011	32.029	101,1	53,04
2012	32.790	103,7	53,9
2013	33.998	107,5	55,89
2014	37.068	115,7	59,6
2015	39.235	121,3	62,5
2016	40.510	124,6	64,2

Fonte: Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família e Atenção Básica no Brasil, junho de 1994, junho de 2016.

No primeiro documento do MS sobre o PSF há a preocupação com as diretrizes do Programa, definindo: sua cobertura populacional – de 800 a 1.000 famílias; a composição da equipe – com médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde; profissionais que residam e trabalhem na comunidade; atuação em parceria com outros segmentos da sociedade; salários diferenciados; dedicação exclusiva; e controle de qualidade dos serviços por supervisão comunitária e do conselho, dentre outros. (BRASIL, 1994)

Já no documento de 1997, o MS propõe uma nova interpretação para o “saúde da família”, compreendido dessa vez como estratégia de atenção, e não mais programa, capaz de modificar o modelo assistencial vigente. Traz em suas diretrizes operacionais o caráter substitutivo do PSF, entendendo-o não como uma atividade assistencial paralela à rede implantada, mas como a porta de entrada do sistema. Nesse manual estão detalhados os papéis de cada membro da equipe, bem como orientações sobre seleção, treinamento, supervisão e avaliação das equipes. (BRASIL, 1997)

Para acompanhar, avaliar e estabelecer parcerias no intuito de promover a qualidade dos serviços de Atenção Básica, o Ministério da Saúde cria a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica ligada ao Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde, instituída pela Portaria GM/MS nº 676, publicada em 3 de junho de 2003 e instalada em 2 de julho de 2003. (BRASIL, 2004, 2005a, 2003b)

A principal atribuição dessa Coordenação é a definição de critérios, mecanismos e fluxos para a avaliação da Atenção Básica. (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003) A Comissão de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica lança, no ano de 2005, o projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família, que tem por objetivo

oferecer aos municípios um instrumento de autoavaliação que possibilite melhorias contínuas na qualidade dos serviços de Atenção Básica. (BRASIL, 2005b)

Um grande passo para a Atenção Básica no Brasil foi a publicação da Política Nacional de Atenção Básica, através da portaria 648 de 28 de março de 2006. A publicação da política acontece num cenário de reestruturação da Atenção Básica em que se reafirma a Estratégia Saúde da Família como principal modelo de atenção brasileiro e ordenadora das redes de atenção à saúde. (BRASIL, 2006)

Nos anos seguintes, como forma de ampliar o acesso e qualificar o trabalho do saúde da família, novos programas, modalidades de equipe e equipes de apoio foram sendo criados, como o Núcleo de Apoio à saúde da Família (BRASIL, 2008), o Programa Saúde na Escola, o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de saúde (BRASIL, 2009), o PSF para populações ribeirinhas, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e as equipes de atenção Domiciliar (BRASIL, 2011d).

Em 21 de Outubro de 2011 o Ministério da Saúde instituiu a Portaria 2.488, que aprova a nova Política de Atenção Básica, estabelecendo revisão de normas e diretrizes para organização da Atenção Básica, Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde. A nova PNAB trouxe inovações como o redesenho do financiamento federal para a Atenção Básica, passando a combinar equidade e qualidade. Em relação à equidade, o PAB Fixo diferencia o valor *per capita* por município, beneficiando municípios mais frágeis. Pelo viés da qualidade, induz a mudança de modelo, valorizando e premiando equipes e municípios através do PAB qualidade, garantindo aumento do repasse de recursos em função da contratualização de compromissos e do alcance de resultados, a partir da referência de padrões de acesso e qualidade pactuados de maneira tripartite.

A PNAB (2011c) atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da AB na ordenação das Redes de Atenção, avançou no reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil. Além dos diversos formatos de equipes de Saúde da Família, houve a inclusão de equipes de Atenção Básica para a população de rua, ampliação do número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio a Saúde da Família e simplificou e facilitou as condições para que sejam criadas unidades básicas fluviais e ribeirinhas.

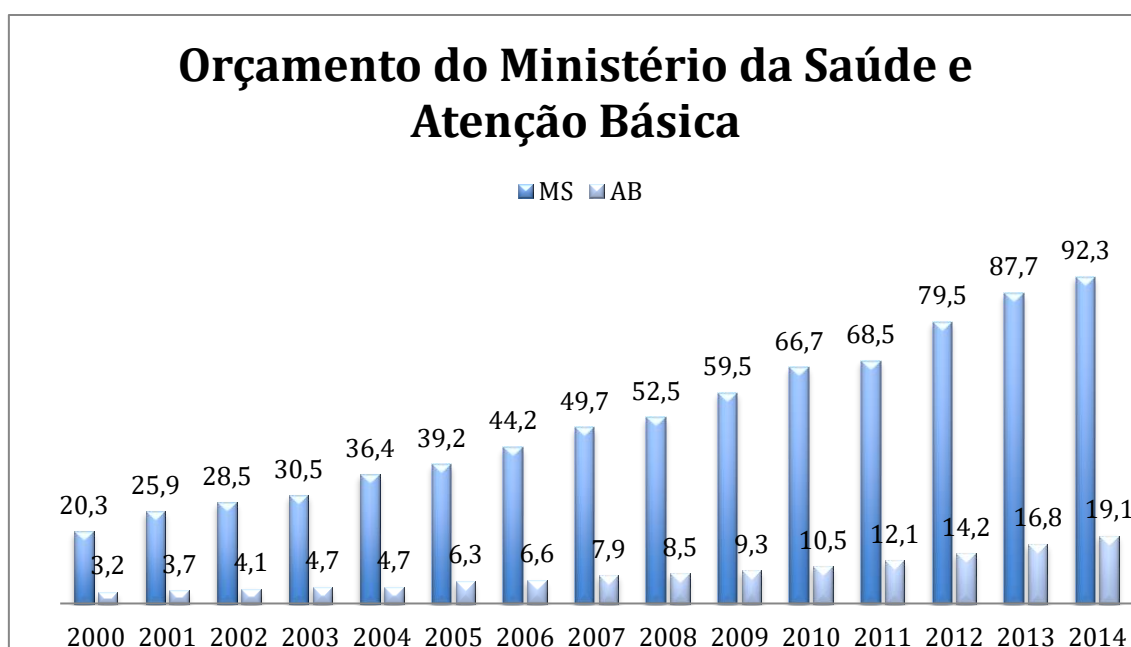
No dia 28 de outubro de 2011, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o componente de Informática e Telessaúde

Brasil Redes na Atenção Básica, através da Portaria 2.554. Estes três projetos têm por finalidade ampliar a resolutividade da Atenção Básica garantindo, boa ambiência, melhoria dos sistemas de informação e conectividade para as Unidades Básicas de Saúde. (BRASIL, 2011e)

No ano de 2013 propõe-se o Programa Mais Médicos, instituído através da Medida Provisória 621 de 8 de julho, convertida na Lei 12.871 de 22 de outubro. Este programa, ligado à Secretaria de Gestão Estratégica em Saúde do Ministério da Saúde, propõe-se a reestruturar a formação médica no Brasil e levar médicos às regiões onde há escassez desses profissionais no Brasil, como os municípios do interior e as áreas mais carentes das grandes cidades. (BRASIL, 2013)

Em relação ao financiamento da Atenção Básica, desde a implantação do Programa Saúde da Família percebe-se um progressivo aumento dos recursos, demonstrando a valorização desta política na agenda Federal. (CASTRO; MACHADO, 2012; SOLLA et al., 2007) Para ilustrar este crescimento apresenta-se a tabela abaixo com a evolução do orçamento do Ministério da Saúde e da Atenção Básica. Estas informações estão disponíveis no site da Secretaria de Orçamento Federal, somente a partir do ano 2000.

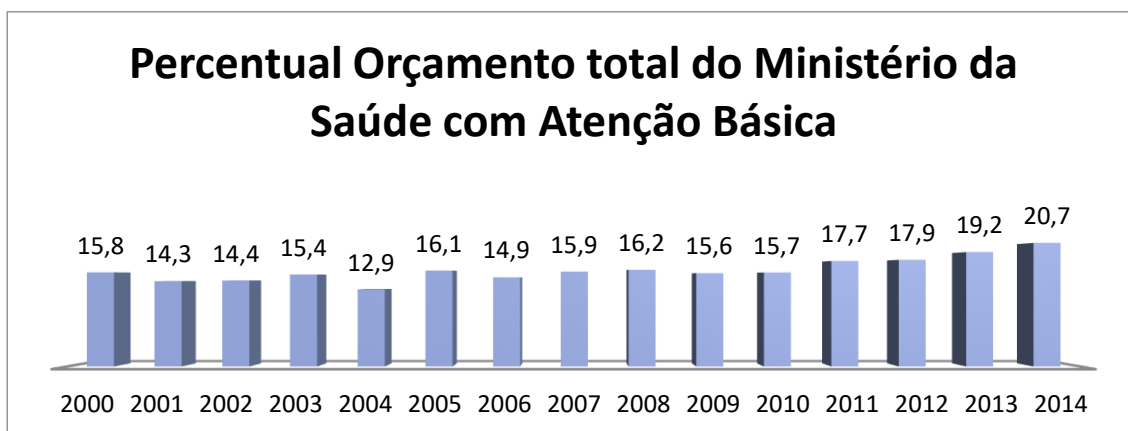
Gráfico 1: Despesa dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social por Órgão Orçamentário: Ministério da Saúde e Despesas dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social por Função e Subfunção: Atenção Básica, 2000 a 2014.



Fonte: Lei de Diretrizes Orçamentárias. Disponível em <http://www.orcamentofederal.gov.br>.

No tocante ao percentual do orçamento federal com Atenção Básica em relação ao total do orçamento do Ministério da Saúde, percebe-se a manutenção, com pequenas variações, do percentual de 14 a 16% do orçamento total, no período de 2000 a 2010. No entanto, nos anos de 2010 a 2014 percebe-se um aumento relativo progressivo.

Gráfico 2: Percentual do orçamento do Ministério da Saúde destinado a Atenção Básica, 2000 a 2014.



Fonte: Lei de Diretrizes Orçamentárias. Disponível em <http://www.orcamentofederal.gov.br>.

Para Castro e Machado (2012) e Fernandes e De Paula (2007), et.al, um dos aspectos que define que a Atenção Básica tem expressivo destaque na agenda federal, no período estudado pelos autores, é o financiamento. Além do esforço de correção anual dos valores, mesmo com oscilações, há inovações relacionadas ao combate das desigualdades como inclusão de populações especiais, a exemplo dos quilombolas, indígenas e ainda critérios sociais para diferenciar repasses aos municípios.

Analisando o histórico brevemente apresentado acima sobre o PSF, percebe-se que o mesmo foi implementado inicialmente em áreas de população carente, rural e com menor poder aquisitivo, o que na prática refletia uma política de focalização da atenção. No entanto, com a ampliação progressiva de cobertura e a importância que o Programa Saúde da Família continua tendo na agenda do governo federal, sua implementação em grandes centros urbanos e as políticas de avaliação e ampliação do acesso, verifica-se que o PSF persegue seu caráter de

porta de entrada do sistema e ordenador das redes de atenção e continua sendo o modelo prioritário para organização da Atenção Básica no Brasil.

A municipalização da atenção à saúde no Estado de Santa Catarina iniciou-se em Lages, no ano de 1983, com o Programa de Ações Integradas de Saúde. Ainda na década de 1980, os municípios de Lages, Criciúma, Joinville, Itajaí e Blumenau foram os primeiros a possuir estruturas próprias de atendimento. No entanto, somente a partir da Lei Orgânica de Saúde, no início da década de 1990, os municípios se tornaram responsáveis pela gestão e execução da assistência individual e coletiva.

O PSF foi introduzido em Santa Catarina, a partir de 1994, através de um convênio estabelecido entre a Secretaria Estadual de Saúde e o Ministério da Saúde (nº 817/94), para formar 28 equipes de Saúde da Família em todo o estado. Para tanto, foi criada a Coordenação Estadual do PSF, com a finalidade de coordenar a implantação e implementação do Programa.

A Tabela 2 traz dados relativos ao número de municípios com o PSF, número de equipes do PSF e número de Agentes Comunitários de Saúde no Estado de Santa Catarina, de dezembro de 1997 a dezembro de 2013.

Tabela 2 - Evolução do Número de Municípios, Número de Equipes do PSF e Número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do Programa Saúde da Família no Estado de Santa Catarina: 1997-2016:

Ano	Nº de municípios	Equipes do PSF	Nº de ACS
1997	-	-	-
1998	42	103	348
1999	103	164	2.215
2000	190	381	4.501
2001	272	658	7.012
2002	286	889	7.535
2003	292	996	8.027
2004	281	1.053	8.333
2005	280	1.136	8.908
2006	287	1.194	9.219
2007	286	1.219	8.916
2008	291	1.282	9.314
2009	291	1.319	9.360
2010	293	1.358	9.479
2011	291	1.400	9.552
2012	290	1.408	9.248
2013	293	1.517	9.765
2014	293	1.556	9.651
2015	293	1.663	9.874
2016	294	1.695	9.886

Fonte: Portal do Departamento de Atenção Básica, dezembro de 1997 a dezembro de 2016.

Em 1999, houve um crescimento do número de ACS, devido à implantação de equipes de PACS. O financiamento do MS foi um fator importante, visto que cobria boa parte dos gastos com os agentes. Em novembro de 1999, a nova modalidade de financiamento estimulou a implantação das equipes de PSF, havendo conversão de equipes de PACS para equipes de PSF. Esse crescimento acelerado foi até o ano de 2002.

A partir de 2004, percebe-se o desenvolvimento de políticas para a Atenção Básica no estado, inicialmente com o cofinanciamento para os municípios pertencentes ao Programa Catarinense de Inclusão Social. O cofinanciamento regular, porém, iniciou em 2007, com a Resolução CIB nº 21/07. Esta resolução definiu os critérios de repasse de recursos e seu uso, que prioritariamente deveriam ser para capacitação de pessoal da Estratégia Saúde da Família. (SANTOS, 2009). Entre 2007 e 2014, os recursos para o cofinanciamento da Atenção Básica passou de 7 milhões para 50 milhões, ou seja, um aumento de mais de 700% no período.

Tabela 3 - Evolução do cofinanciamento estadual da Atenção Básica no Estado de Santa Catarina: 2007-2014.

Ano	Valores em milhões
2007	7,0
2008	14,0
2009	21,0
2010	28,0
2011	35,0
2012	42,0
2013	42,0
2014	50,4

Fonte: Portal da Secretaria de Estado da Saúde. 2007 a 2014.

Outras ações foram a parceria com a UFSC para o projeto de avaliação da Atenção Básica como parte do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família, no componente de Fortalecimento da Avaliação e Monitoramento; os Encontros Estaduais de Saúde da Família que têm o objetivo de fortalecer e consolidar a Estratégia Saúde da Família e a troca de experiências entre as equipes participantes; a estruturação de uma proposta de Núcleo de Apoio a Saúde da Família estadual voltada para os pequenos municípios do estado, não cobertos pela NASF federal e financiado com recursos próprios do estado. (CALVO, 2009; SANTOS, 2009)

Santa Catarina é o estado de maior cobertura populacional do Saúde da Família, (73,8%), comparado com os demais da região Sul e Sudeste, e uma das maiores do Brasil, sendo o PSF o modelo preponderante de oferta da Atenção Básica. O Estado tem 3.015 estabelecimentos públicos de saúde nas três esferas de governo e destes 1.933 são Unidades Básicas de Saúde de acordo com o CNES. (BRASIL, 2015a, 2015b)

O setor saúde, de modo geral, é um sistema imperfeito onde as relações entre seus componentes nem sempre são harmoniosas e sofrem uma série de contingências próprias de uma realidade mutável, pautada pela imprevisibilidade e por vezes pela inoperância, como frequência vida organizacional dos serviços de saúde se desvia do desejado e a relação entre seus componentes é duvidosa e muitas vezes inexistente, gerando fragmentação e desequilíbrio como um todo. (MOTTA, 2001)

Em relação à Atenção Básica, verifica-se que ela tem assumido uma complexidade crescente, *vis a vis* sua organização, com o formato prioritariamente em equipe, que exige parceria e troca entre os profissionais para a efetividade do trabalho; novas modalidades de equipe básica como aquelas para populações específicas, a exemplo das equipes do Consultório na Rua; equipes de apoio como o NASF, que atuam dando suporte a um grupo limitado de equipes saúde da família e que desde 2012 podem estar presente em qualquer município brasileiro; as equipes de Atenção Domiciliar, que compartilham com a Atenção Básica os pacientes internados em domicílio que tem seu problema clínico agravado; matriciamento, que é instrumento utilizado especialmente pela saúde mental para qualificar o atendimento na Atenção Básica, mas também por outras especialidades médicas ou NASF; informatização crescente das Unidades Básicas de Saúde com iniciativas como o e-SUS; programa saúde na escola, que garante a intersetorialidade do trabalho da equipe, dentre outros.

Enfim, toda essa complexidade que a Atenção Básica vem assumindo é necessária para o melhor atendimento das necessidades dos usuários, garantindo maior resolutividade ao trabalho; no entanto, exige também das Unidades Básicas de Saúde maior articulação entre as equipes que lá atuam, diretamente ou no território e ainda com a gestão municipal, usuários e outras organizações como os Centros de Referência de Assistência Social, escolas, organizações sociais, dentre outros, fazendo como que a necessidade de um gestor capaz de olhar para as necessidades internas e externas das unidades seja mais frequente.

Cumprir ainda relatar que após a experiência do GERUS, que se deu a partir de 1996, e do projeto “Perfil dos Gerentes das Unidades Básicas de Saúde” de 2009, percebe-se uma total inexistência de documentos oficiais do Ministério da Saúde tratando da questão do gestor de Unidades Básicas de Saúde, deixando um vácuo conceitual sobre o papel e mesmo a necessidade deste profissional no conjunto dos profissionais que atuam nas UBSs.

2.5.COMPETÊNCIA DO GESTOR DE ATENÇÃO BÁSICA

O termo competência surge no século XV, sendo utilizado apenas no meio jurídico. Neste momento, competência se referia a uma faculdade de alguma instituição ou pessoa para apreciar e julgar determinadas questões. No início do século XX, o termo competência foi incorporado à linguagem organizacional, sendo utilizado para qualificar a pessoa capaz de desempenhar determinada função. As pesquisas e o debate teórico em torno do termo competência se inicia na década de 1970, quando muitos autores começam a desenhar definições para o termo. (CARBONE et al., 2009)

É possível perceber a existência de duas correntes para a definição do termo competência, a primeira de autores norte-americanos entende competência como um estoque de qualificações, que credencia a pessoa a desenvolver determinado trabalho. A segunda, formada por autores franceses, associa competência com as realizações de uma pessoa em determinado contexto, aquilo que ela realiza no trabalho.

Para Carbone et. al (2009), competência pode ser entendida como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, mas também como o desempenho expresso pela pessoa em um dado contexto. A competência é expressa quando gera um resultado no trabalho, decorrente da aplicação conjuntas de conhecimentos, habilidades e atitudes e na entrega da pessoa para a organização.

As dimensões da competência podem ser assim descritas:

- a) Habilidade: está relacionada à aplicação produtiva do conhecimento, à capacidade da pessoa de buscar conhecimentos de sua memória e usá-los em alguma ação;
- b) Atitude: refere-se a aspectos sociais e afetivos relacionados ao trabalho, se relaciona a um sentimento ou predisposição da pessoa que influencia sua conduta no trabalho;
- c) Conhecimento: conjunto de informações que, ao serem reconhecidas e integradas pelo indivíduo, são utilizadas para seu julgamento ou comportamento.

A aplicação sinérgica de conhecimentos, habilidades e atitudes no trabalho gera desempenho profissional, o qual é expresso pelos comportamentos que a pessoa manifesta no trabalho e pelas suas consequências, em termos de realização e resultados, recebendo influência das relações interpessoais, do ambiente de trabalho e das características das organizações. (BRANDÃO; GUIMARÃES, 2001)

Deve-se utilizar o enfoque das competências para a gestão do trabalho nas organizações, estando claro que o conjunto de competências para diferentes níveis de carreira valoriza o “saber fazer” dos trabalhadores a partir daquilo que eles podem agregar à organização, não dependendo somente de sua formação técnica e acadêmica. Uma das mais importantes contribuições da gestão por competência é trazer para as organizações a importância de desenvolver seu capital humano, e ao trabalhador o reconhecimento da necessidade de autodesenvolvimento. (RUTHES; CUNHA, 2008)

A gestão por competência é um modelo de gestão que empresas e serviços têm adotado, onde há uma conjugação de esforços em planejar, captar, desenvolver e avaliar os indivíduos e grupos nas competências necessárias àquela organização. Trata-se de um ciclo contínuo onde há a formulação das estratégias organizacionais, o diagnóstico das competências humanas ou profissionais necessárias, o desenvolvimento destas competências, a definição de indicadores de desempenho para avaliação e, por fim, o acompanhamento e avaliação das competências alcançadas. (HENNING SE; COHEN EL, 2008)

Na formulação das estratégias organizacionais é que são definidos a missão, visão de futuro e objetivos estratégicos para alcançá-los dentro da organização. No diagnóstico e mapeamento das competências é importante identificar a lacuna existente entre as competências necessárias para alcançar seus objetivos e as competências disponíveis. O desenvolvimento busca exatamente o aprimoramento das competências indicadas como lacunas e na avaliação monitora-se os planos e os indicadores de desempenho visando corrigir eventuais desvios no alcance dos objetivos organizacionais. (CARBONE et al., 2009)

Para o diagnóstico das competências, deve-se realizar inicialmente uma pesquisa documental que inclua os objetivos e estratégias da organização e ainda coletar dados com pessoas chaves para customizar as informações. Alguns cuidados metodológicos são salientados como, ao descrever as competências humanas, fazê-las como referências de desempenho, ou seja, como comportamentos passíveis de serem observados no ambiente de trabalho e ainda utilizar verbos que expressem uma ação concreta, submeter a descrição da competência às pessoas chaves para identificação de falhas e submeter a validação semântica com funcionários para observar se a descrição está completamente clara.

Entre os métodos possíveis de serem usados para mapeamento das competências, como entrevistas, grupo focal, análise documental, observação participante, o mais comum é o questionário. Para formatar esse questionário o pesquisador identifica, como descrito acima, as

competências relevantes à organização, excluindo aquelas que apresentam ambiguidades, duplicidades ou irrelevâncias. (CARBONE et al., 2009)

Para avaliação do desempenho profissional por competências existem diferentes métodos já validados. Dentre os mais comuns pode-se destacar o *Balanced Scorecard*, a avaliação 360 graus ou de múltiplas fontes e a autoavaliação. O *Balanced Scorecard* propõe-se a avaliar o desempenho de uma organização e de seus trabalhadores através de quatro diferentes perspectivas: financeira, clientes, processos internos e aprendizagem, mediante o uso de indicadores de curto, médio e longo prazo. A avaliação 360 graus constitui-se de uma rede de pessoas que faz e recebe *feedback* de diferentes fontes de avaliação, superior e inferior hierárquico, pares, clientes, entre outros, inspirada no fato de que com o uso de múltiplas fontes de informação a chance de incorrer em vieses reduz. Na autoavaliação o próprio profissional avalia seu nível de competência para determinados indicadores, que em seu conjunto influenciariam no seu desempenho profissional. (CARBONE et al., 2009)

André (2006), ao pesquisar as competências dos gestores de unidade básica, conclui que os gerentes referiram ser importante as normas e as regras da instituição nas quais trabalham e ter conhecimento sobre saúde pública, mas não conseguiram consenso em elencar as competências necessárias para o cargo de gestor de unidade básica. A autora finaliza a pesquisa defendendo a necessidade de avaliação de competência para assunção ao cargo de gestor de unidade básica e cursos específicos de gestão em saúde.

Raupp (2006), estudando o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, define o perfil dos gerentes das unidades de Atenção Básica, que deve contemplar as seguintes capacidades:

- a) Ter uma visão do todo e da realidade do país;
- b) Mediar a dimensão política, gerencial e de coordenação com o trabalho em equipe;
- c) Participar da definição de políticas no setor em que está inserido;
- d) Coordenar e facilitar a construção do planejamento e monitoramento de sua unidade de saúde;
- e) Promover a participação de todos os membros da equipe estimulando a intervenção e a criatividade do grupo;
- f) Promover e coordenar as formas de trabalho interdisciplinar buscando superar a fragmentação do trabalho;

- g) Mediar as dificuldades da equipe no que tange às relações no ambiente de trabalho;
- h) Apoiar e dar suporte as atividades de educação permanente das equipes e categorias profissionais;
- i) Promover e estimular o diálogo na equipe e a participação da comunidade na gestão dos serviços;
- j) Ter capacidade técnica gerencial e ser flexível, porém mantendo o rumo da instituição;
- k) Colocar-se a possibilidade de aprender e ser criativo.

Fischer et al. (2014) desenvolve um estudo que tem como resultado um conjunto de competências para gestores de Unidade Básica de Saúde, através de uma pesquisa realizada no município de Florianópolis, com gestores de UBSs, Distritos Sanitários e servidores das UBSs, dividindo as competências em técnicas e comportamentais. As competências técnicas seriam: cumprir a legislação e norma do SUS; conhece metas e prioridades da secretaria; desenvolve relatórios, planilhas e atividades rotineiras; conhece os serviços ofertados pela secretaria; possui curso superior; possui conhecimento em gestão.

As competências comportamentais seriam: articula politicamente em prol da UBS e SMS; negocia atividades de interesse da UBS; desenvolve relacionamento interpessoal positivo; cumpre as atividades inerentes a função; toma as decisões; desenvolve uma gestão compartilhada e descentralizada; direciona a atenção ao servidor e ao cidadão; promove mudanças por iniciativa própria; gerencia, coordena e representa sua equipe nas atividades institucionais; desenvolve parceria na gestão; adapta-se às situações adversas; desenvolve meios de comunicação externos e internos; promove transparência na gestão; avalia o serviço de atendimento prestado na UBS; responsabiliza os subordinados.

Os achados de André (2010), em sua tese de doutoramento, quanto ao perfil de competência dos gestores, vem corroborar o proposto por Raupp (2006) e Rivera (1996) e acrescentar competências, na medida em que define como competências consensuais no seus estudos: ter responsabilidade ética e social; ter visão sistêmica abrangente e de longo prazo; ter comunicação eficaz; saber negociar; gerir mudanças e conflitos; desenvolver e aglutinar equipes; ter consciência política; ser um bom negociador e liderar e trabalhar com planos, ações e resultados.

Fernandes et. al (2009), em sua pesquisa com gerentes de UBSs em Caxias do Sul (RS), verificou que as competências de liderança, gerenciamento de conflitos, trabalho em equipe, resiliência e alocação de materiais e recursos humanos são desenvolvidas pela maioria dos gerentes pesquisados. Estes resultados também dialogam com os autores acima apresentados, expondo como acréscimo a resiliência e alocação de materiais e recursos humanos. Para os autores, resiliência diz respeito à adaptabilidade e tolerância às adversidades, enquanto a alocação de materiais e recursos humanos diz respeito ao bom aproveitamento das condições estruturais para a gestão eficaz.

Pesquisa realizada na Tailândia sobre as competências gerenciais dos gestores de cuidados primários avaliou que as competências gerenciais críticas para o bom desempenho do gerenciamento são seis: liderança com visão; avaliação e planejamento; promoção da saúde e prevenção de doenças; informações sobre gerência; parcerias e colaboração e comunicação. (MOHD-SHAMSUDIN F; CHUTTIPATTANA N, 2012)

Observando as capacidades dos gestores apontadas acima, verifica-se que estes têm potencial para promover mudanças ou legitimar situações dadas, mesmo que gradualmente e sutilmente, dando direcionalidade ao processo de trabalho das equipes de saúde. Este entendimento do papel do gestor vem superar a antiga concepção clássica de gerenciamento, onde administrar era apenas resolver problemas relativos aos recursos materiais, humanos e estruturais. O que se propõe é um olhar voltado às necessidades dos usuários do serviço, com flexibilidade e capaz de se adaptar aos novos desafios e mudanças, sem deixar de gerir com eficiência e qualidade os recursos humanos e materiais. (RAMIRES; LOURENÇÃO; SANTOS, 2004)

Barbieri e Hortale (2005), em sua pesquisa com gestores em Mato Grosso do Sul; Neto et. al (2007), avaliando os gestores das unidades básicas de Sobral; e André (2006), avaliando os gestores de unidade básica de São Paulo, apontam que o desempenho dos gestores de UBS é um nó crítico importante para o sistema local de saúde e não há nenhum procedimento sistemático de acompanhamento deste desempenho. Sugerem, ainda, que a secretaria municipal de saúde avalie o perfil do gestor durante sua nomeação e monitore seu desempenho no exercício do cargo, garantindo eficácia no trabalho gerencial das unidades.

Observando que não há publicações acerca de um sistema ou procedimento que monitore o desenvolvimento das competências gerenciais dos gestores nas Unidades Básicas de Saúde, verifica-se que o mesmo não está sistematizado. Assim, justifica-se a construção de

um modelo de avaliação para o monitoramento deste conjunto de trabalhadores, pelo seu potencial, capacidade e, conseqüentemente, por sua intervenção estratégica para consolidação do SUS, garantindo-lhes formação necessária, *feedback* e apoio no desenvolvimento de suas funções. (RAMIRES; LOURENÇÃO; SANTOS, 2004)

3. CAPÍTULO II - PERCURSO METODOLÓGICO

3.1.OBJETIVOS GERAIS

Analisar o perfil e as competências gerais e específicas dos Gestores de Unidades Básicas de Saúde do município de Criciúma.

3.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Explorar a importância da gestão de unidades de saúde e das características do gestor.

Analisar o perfil do gestor de unidade básica do Município de Criciúma.

Avaliar as competências gerais e específicas que os gestores de Unidade Básica de Saúde de Criciúma apresentaram.

Analisar comparativamente os resultados encontrados na autoavaliação dos gestores de Unidades Básicas de Saúde e a realizada pelos seus superiores hierárquicos, bem como os trabalhadores por ele coordenados.

Apontar possíveis encaminhamentos para o aprimoramento da gestão das Unidades Básicas de Saúde com base no perfil e competência dos Gestores de unidades básicas de Saúde de Criciúma.

3.3.METODOLOGIA

Esta pesquisa é um estudo de caso com análise descritiva, inspirado no modelo de avaliação 360 graus, das competências gerenciais dos gestores das Unidades Básicas de Saúde do Município de Criciúma, Santa Catarina.

O estudo de caso é uma modalidade de pesquisa utilizada nas ciências biomédicas e sociais, permitindo um conhecimento de poucos objetos de análise, possibilitando o estudo do fenômeno em seu contexto e avaliando situações não tão bem delimitadas, capazes de serem entendidas através de levantamentos e outras modalidades de estudo. Mesmo não permitindo generalizações, o estudo de caso possibilita ter uma visão global do problema, identificando possíveis fatores que o influenciam ou que são por ele influenciados. (GIL, 2007)

A avaliação 360 graus consiste em coletar informações de diferentes fontes do ambiente externo e interno da organização. Quem emite os *feedbacks* são pessoas de diversas posições ao redor do receptor, tais como pares, subordinados e superiores. Os comportamentos avaliados são previamente escolhidos com base nas competências que se busca desenvolver. Geralmente as avaliações procuram a frequência com que o avaliado coloca em prática suas competências, ou as tem desenvolvido. Além da avaliação do ambiente interno e externo tem-se também a autoavaliação do receptor. (REIS, 2003)

Os três autores utilizados como referências para fundamentar a construção das competências gerenciais para o gestor de unidade básica de saúde são Matus (1996), Mintzberg (1989) e André (2010). A escolha destes três autores se dá pela contribuição que cada um traz para o entendimento do trabalho e papel do gestor. Matus (1996) traz luz à necessária visão estratégica do trabalho do dirigente, Mintzberg (1989) estuda o cotidiano da gerência, as organizações profissionais e desenvolve os papéis gerenciais e André (2010) constrói um conjunto de competências gerenciais especificamente para gestores de UBSs.

Estruturada na fundação teórica, o quadro apresentado abaixo mostra as competências gerenciais divididas em “gerais” e “específicas” e em três grandes categorias ou “Papéis Gerenciais” das quais se desenvolveram os instrumentos de pesquisa.

A divisão das competências gerenciais em gerais e específicas não foi apresentado por nenhum dos autores utilizados. Essa categorização utilizada pela autora desta tese se deve às discussões ocorridas com seus orientadores, que apontam a possibilidade de se encontrar diferenças importantes no desenvolvimento gerencial dos GUBS no que diz respeito a

competências mais genéricas da gestão e mais específicas voltadas para as questões próprias da área.

Em relação a Matus (1996), utiliza-se como referência seus dez sistemas de direção, com ênfase no Sistema de Configuração da Agenda do Dirigente, Sistema de Planejamento Estratégico, Sistema de Monitoramento, Sistema de Cobrança e Prestação de Contas por Desempenho e Sistema de Gerência por Operações.

As competências gerenciais extraídas destes sistemas de direção seriam a habilidade de alocar o tempo e o foco do gestor nas atividades consideradas mais importantes e estratégicas para a organização; trabalhar com planos, ações e resultados; coordenar o monitoramento e o planejamento; divulgação dos resultados para superiores, equipe e na comunidade e resolução criativa de problemas.

Mintzberg (1989), estudando o trabalho dos gerentes de diferentes organizações, verificou que sua atuação pode ser entendida com base em “papéis gerenciais” que ele dividiu em três grupos: interpessoal, informação e decisão. A autora deste estudo entende os papéis gerenciais indicados por Mintzberg podem ser traduzidos como competências que os gestores precisam desenvolver.

Os papéis interpessoais abrangem as relações interpessoais dentro e fora da organização, podendo-se extrair deste papel as competências de símbolo ou representante da organização; liderança e desenvolvedor do trabalho em equipe. Os papéis de informação estão relacionados a obtenção e transmissão de informações e a partir dele é possível extrair os seguintes desdobramentos: conhecedor da organização e disseminador de informação para a organização. Os papéis de decisão envolvem a resolução de problemas e a tomada de decisão, podendo-se extrair as seguintes competências: gerir mudanças e conflitos, gerir recursos e negociador.

André (2010), em seus estudos quanto ao perfil de formação acadêmica e competência dos gestores de Unidade Básica de Saúde, evidenciou que as competências são: ter responsabilidade ética e social, ter visão sistêmica abrangente e de longo prazo, ter comunicação eficaz, saber negociar, gerir mudanças e conflitos, desenvolver e aglutinar equipes, ter competência política, ser um bom negociador, liderar e trabalhar com planos, ações e resultados.

Utilizou-se dados oficiais e pesquisa sobre gestores de UBSs no Brasil, análise de informações públicas como a pesquisa de avaliação da Atenção Básica em Santa Catarina de 2006, do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, do Censo de Unidades Básicas de

Saúde realizado em 2012 e do Programa de Melhoria da Qualidade e do Acesso a Atenção Básica, realizado em 2012 e 2014 pelo Ministério da Saúde, onde são apresentados os dados das unidades do Brasil, Santa Catarina e Criciúma. Vale salientar que essas informações são públicas e estão disponíveis em sites de acesso público.

As análises foram confrontadas com o resultado encontrado nas bases de dados nacionais e internacionais. Com intuito de procurar bibliografia sobre o perfil, importância, papel do gestor e avaliação de competência, foi realizada pesquisa nas bases de dados BVS, LILACS, MEDLINE, SCOPUS e WEB OF SCIENCE, utilizando como palavras-chave os descritores da Mesh e Desh: gestor, gestão *and* saúde, avaliação de competência, Atenção Básica, atenção primária, *health manager*, *administrative personnel*, *primary healthcare*, *primary care*, *primary health care e health center*.

Para conhecer quais competências gerenciais os gestores de UBSs de Criciúma possuem, buscou-se o contato do município e a autorização para pesquisa junto à comissão de acompanhamento dos projetos de pesquisa em saúde de Criciúma. Junto ao município também se definiu as unidades que participaram da pesquisa.

Foi realizado o contato com o Secretário Municipal de Saúde, coordenador de Atenção Básica e com os gestores dos Distritos Sanitários de Criciúma, para convidá-los a participar da pesquisa e autorizar a pesquisadora a entrar em contato com os gestores de unidade básica de saúde, convidando-os também a participar. Após autorização do Secretário Municipal de Saúde, coordenador da Atenção Básica, comitê de ética municipal e da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, a pesquisadora participou da reunião mensal, que reúne todos os coordenadores de distrito e os gestores das Unidades Básicas de Saúde, para convidá-los a participar da pesquisa. Foi solicitado aos GUBS que indicassem dois trabalhadores coordenados por eles para participar da pesquisa e o contato com e-mail e telefone para o convite a participação na pesquisa.

Para definição do perfil e competências dos gestores de Unidades Básicas de Saúde de Criciúma foi utilizado um questionário semiestruturado e autoavaliativo, de interface amigável, produzido de acordo com as orientações propostas por Gil (2007), prezando-se pela objetividade e clareza, dando preferência para perguntas fechadas. Para fins de comparabilidade com a pesquisa desenvolvido em 2007 pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, as mesmas questões foram reproduzidas no questionário acrescido das demais pertinentes à pesquisa. Utilizando as contribuições de Matus (1996), Mintzberg (1989)

e André (2006), desenvolveram-se questões relacionadas às competências, que foram divididas em competências gerais e específicas e organizadas para resposta em escala nominal, de acordo com a descrição: não desenvolvido, pouco desenvolvido, médio desenvolvido e muito desenvolvido.

Para os gestores de UBSs, o questionário iniciou-se com as perguntas relacionadas ao perfil ou caracterização dos GUBS. Esta foi a primeira parte do questionário, que possui 19 questões fechadas. A segunda parte é dividida em Competências Gerais e Específicas dos GUBs e tem respectivamente 25 questões fechadas relacionadas às competências gerais, 33 questões fechadas relacionadas às competências específicas e uma questão aberta solicitando aos pesquisados contribuições quanto a alguma competência considerada importante e não abordada no questionário. As respostas estão em escala nominal, onde se avalia o quanto está desenvolvido cada item de acordo com suas respostas, apontando as competências mais e menos desenvolvidas entre os GUBs.

Para os superiores hierárquicos e trabalhadores coordenados por gestores de UBSs, o questionário foi composto somente da segunda parte, com as mesmas informações citadas acima, voltado para avaliação do gestor diretamente ligado ao trabalhador ou superior hierárquico.

Os gestores foram convidados a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido e responder o questionário impresso. Através deste formulário foi possível traçar o perfil deste gestor, quais competências eles precisam ter desenvolvido e se essas são competências gerais ou específicas. As respostas foram condensadas e analisadas, gerando um relatório preliminar que subsidiou o grupo focal.

Os dados quantitativos foram coletados durante os meses de abril e maio de 2016 e o grupo focal aconteceu no mês de junho de 2016. Os integrantes do grupo focal foram selecionados através da análise dos questionários, os critérios foram criticidade e preenchimento das perguntas abertas do questionário semiestruturado.

Participaram da pesquisa quantitativa 34 gestores de Unidade Básica de Saúde, 45 trabalhadores indicados por estes gestores e 5 gestores de distritos sanitários. O grupo focal ocorreu com 14 participantes, de todos os distritos sanitários de saúde de Criciúma. Neste grupo foram discutidos os resultados preliminares encontrados, especialmente as diferenças entre as competências gerais e específicas e ainda as diferenças entre a autoavaliação dos gestores de unidade básica de saúde e a avaliação do seu superior hierárquico e trabalhador coordenado,

trazendo à tona as competências avaliadas. O grupo focal foi gravado e posteriormente transcrito para obter as falas integrais dos participantes.

O grupo focal contou com o apoio para organização da secretaria municipal de saúde e ainda com a pesquisadora e um observador que ajudou na coleta de informações e posteriormente na análise das falas.

Abaixo quadro apresentando o modelo de análise das competências gerais e específicas para gestores de Unidade Básica de Saúde, divididas em papéis gerenciais, competências avaliadas e assertivas presentes no questionário.

Modelo de análise das competências gerenciais gerais e específicas dos gestores de unidades básicas

Competências Gerais

Papéis Gerenciais	Competências Avaliadas	Assertivas
Interpessoal	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Liderança • Visão sistêmica abrangente e de longo prazo ✓ Símbolo ou representante da organização ▪ Responsabilidade ética e social 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conhecimento de gerência e liderança ➤ Ser líder com a equipe e a comunidade • Que consiga pensar e planejar em longo prazo • Participar das definições das políticas para o setor no qual está inserido ✓ Representar a organização em encontros, fóruns e atividades ▪ Ser ético com a equipe, superiores e usuários ▪ Ser justo com sua equipe, superiores e usuários ▪ Ser humilde e demonstrar humildade ▪ Que saiba aceitar críticas
Informação	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Comunicação eficaz • Disseminador de informação/Divulgação dos resultados obtidos. ✓ Trabalhar com planos, ações e resultados 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ser capaz de comunicar-se de forma adequada com a equipe e usuários ➤ Ser aberto ao diálogo ➤ Saber escutar ➤ Ser capaz de motivar a equipe • Conhecer formas de acesso aos meios de comunicação de massa para divulgar o trabalho. • Desenvolver formas de divulgar à comunidade e aos superiores os resultados obtidos ✓ Ser capaz de usar o planejamento como prática gerencial
Decisão	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Alocação do tempo e do foco • Negociação 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ser capaz de reservar tempo na agenda para questões estratégicas da organização ➤ Conseguir focar atenção nas questões estratégicas

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gerir mudanças e conflitos ▪ Resolução criativa de problemas 	<ul style="list-style-type: none"> • Ser capaz de negociar com superiores, pares, trabalhadores e usuários • Ser aberto à negociação • Que seja flexível nas decisões ✓ Ser aberto às mudanças ✓ Que consiga enfrentar as adversidades ✓ Mediar conflitos no trabalho entre a equipe e equipe com a comunidade ▪ Saber identificar problemas ▪ Saber encontrar solução para os problemas ▪ Ser criativo e estimular a criatividade da equipe e dos grupos comunitários
--	---	---

Competências Específicas

Papéis Gerenciais	Competências Avaliadas	Assertivas
Interpessoal	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desenvolver o trabalho em equipe • Ter competência política 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conhecimentos das pessoas sob sua responsabilidade ➤ Conhecimento do processo de trabalho em equipe na Atenção Básica ➤ Ser capaz de desenvolver o trabalho em equipe ➤ Ser capaz de promover e manter bom relacionamento com a equipe e usuários ➤ Que privilegie o trabalho em equipe • Conseguir levar as reivindicações da equipe e usuários aos superiores de forma eficiente • Conhecer as políticas públicas em geral e de saúde • Conhecer a política de Atenção Básica nacional, estadual e municipal
Informação	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conhecedor da organização • Coordenar o monitoramento e o planejamento 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conhecer a missão e os objetivos da instituição de saúde na qual está inserido ➤ Conhecer os serviços desenvolvidos nas UBS ➤ Conhecimento do perfil epidemiológico da área da abrangência da UBS ➤ Conhecimento dos sistemas de informação que são alimentados pela Atenção Básica <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimentos de normas e procedimentos próprio da AB • Conhecer a tecnologia da carteira de serviços e do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na AB. • Conhecimentos de avaliação dos serviços de saúde • Conhecimento dos sistemas de informação próprios da Atenção Básica (SIAB, E-SUS, PMAQ) • Conhecimento sobre planejamento nos serviços de saúde • Coordenar o planejamento na UBS
Decisão	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gestão de recursos • Gestão de pessoas 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conhecer ambiência na Atenção Básica ➤ Estar atento à ambiência de sua unidade básica de saúde

		<ul style="list-style-type: none">➤ Conhecimento das instalações físicas➤ Conhecimento dos equipamentos➤ Conhecimentos de materiais de consumo, medicamentos e imunobiológicos• Conhecer sobre políticas, leis e regras de gestão de pessoas/recursos humanos na área da saúde• Conhecimento de educação permanente para profissionais de saúde• Apoiar e dar suporte às atividades de educação permanente das equipes e categorias profissionais• Conhecimento de gestão colegiada/participativa• Promover formas de democratização da gestão na Atenção Básica• Desenvolver iniciativas de autonomia para equipes e usuários
--	--	--

3.4.PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

A pesquisa bibliográfica sobre o papel do gestor e avaliação de competência foi realizada através de análise da base de dados BVS, LILACS, MEDLINE, SCOPUS e WEB OF SCIENCE, utilizando como palavras-chave os descritores da Mesh e Desh: Gestor de Saúde / Health Manager / Gestor de Salud; Competência Profissional / Professional Competence / Competencia Profesional; Centros de Saúde / Health Centers / Centros de Salud; Atenção Primária à Saúde / Primary Health Care / Atención Primaria de Salud. Estas palavras foram combinadas de diferentes formas, como discriminado abaixo por base bibliográfica, garantindo um número adequado de artigos a serem avaliados.

Os artigos foram selecionados inicialmente pelo título e posteriormente pelo resumo. Os critérios de inclusão dos artigos escolhidos para serem lidos integralmente foram: ser sobre o perfil ou competências de gestores que atuam na Atenção Básica e/ou sobre avaliação de competências de gestores da área da saúde.

A pesquisa na base Medline/Pubmed utilizando os termos (Health Manager) AND (Professional Competence) AND (Primary Health Care) encontrou-se 50 publicações. Através da análise do título ficaram 8 publicações; com a análise do resumo restaram 6 artigos.

A pesquisa na base Lilacs utilizando os termos Gerência [Palavras] and Competência Profissional [Palavras] and Centros de Salud [Palavras] achou apenas 2 publicações selecionadas pelo título e resumo. Na base de dados lilacs quaisquer combinações com a palavra Gestor de Salud vinham sem referências possíveis de serem consultadas.

A pesquisa na base BVS utilizando os termos ((Health Manager) AND (Professional Competence) AND (Primary Health Care) chegou a 27 artigos que, avaliados com base no título, resultaram numa seleção de 10 artigos e posteriormente, pelo resumo, resultaram em 6 artigos.

A pesquisa na base de dados SCOPUS utilizando os termos (health manager) AND (professional competence) AND (primary health care) AND (health centers) encontrou 17 artigos, sendo que foram selecionados 5 artigos pelo título e 3 artigos pelo resumo.

A pesquisa na base de dados WEB OF SCIENCE com os termos (Health Manager) AND (Professional Competence) AND (Primary Health Care) encontrou 9 artigos, sendo que 3 foram selecionados pelo título e 2 pelo resumo.

Retirando os artigos duplicados nas bases de dados, resultaram 18 artigos, e a eles foram acrescentados teses, dissertações, monografias e outros artigos não disponíveis em base de dados, que compuseram substrato para a discussão dos resultados encontrados.

4. CAPÍTULO III - O GESTOR DE UBS NO BRASIL, SANTA CATARINA E CRICIÚMA

4.1. SISTEMA DE SAÚDE E ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA

Criciúma é a maior cidade do Sul do Estado de Santa Catarina, possuindo uma população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para 2016 de 209.153 pessoas. Com uma área de 235 quilômetros quadrados, compõe uma das 16 regiões de saúde do estado, chamada de Carbonífera.

A fundação de Criciúma deu-se no ciclo da imigração europeia no século XIX, com a chegada das primeiras famílias de imigrantes, 139 pessoas, procedentes das regiões de Veneza e Treviso, na Itália. A partir de 1890 chegam as primeiras famílias de poloneses, seguidas de imigrantes alemães e dos descendentes de portugueses vindos da região de Laguna. Sua fundação data oficialmente de 6 de janeiro de 1880. A emancipação do município se deu em 1925. (CRICIUMA, 2017)

Figura 1 – Mapa do Estado de Santa Catarina com destaque para o Município de Criciúma:



Fonte: Wikipédia, 2016

Como característica demográfica e socioeconômica, Criciúma possui densidade demográfica de 830 habitantes por quilômetro quadrado, um Produto Interno Bruto *per capita* de 21.133,56 reais e um percentual de população em extrema pobreza de 0,75%. (BRASIL, 2016b)

A cidade de Criciúma se destaca por ser a maior produtora de cerâmica do Brasil, possuindo ainda outros setores importantes como o metalúrgico, supermercadista, vestuário, carvão, construção civil e químico. A cidade ainda se destaca pelos serviços de saúde, sendo um importante centro de diagnóstico e terapia para os municípios do Sul de Santa Catarina. (SANTA CATARINA, 2012)

O primeiro serviço de saúde criado no Município de Criciúma foi o Hospital São José. Fundado em 1936 por um grupo de sete provedores, o qual em 1956 passou a ser gerido pela Congregação de Irmãs Escolares de Nossa Senhora como hospital filantrópico. No setor público, os serviços de saúde de Criciúma têm uma organização que remonta a 1944, quando foi criado um Posto de Puericultura, implantado pelo Estado, que oferecia consulta pré-natal, pediatria e vacinação. Em 1946, foi instalado o posto de assistência médica dos ferroviários, com a contribuição somente dos funcionários da estrada de ferro. Em 1954, dá-se a instalação de um Centro de Saúde estadual que oferecida consulta médica geral e vacinação e, ainda, o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência, pela previdência social, atendendo 24 horas por dia a população previdenciária e não previdenciária de Criciúma. (DA ROS, 1991)

Em 1974, é criado pelo INAMPS o PAM (Posto de Assistência Médica) com várias especialidades médicas e em 1982, a prefeitura inaugura dois consultórios médicos no bairro Próspera e adquire um ônibus com consultório médico, odontológico e de enfermagem, que atende as áreas rurais do município. Com a Constituição de 1988 e a descentralização, os serviços de assistência do INAMPS foram transferidos para estados e municípios e o PAM foi transferido para o município em 1991. (DA ROS, 1991)

Além do Hospital São José, Criciúma também conta com o Hospital Santa Catarina, Hospital São João e a Casa de Saúde Rio Maina. O Hospital Santa Catarina foi inaugurado em 1962, de propriedade de um grupo privado, o qual em 1972 passou para o poder do grupo Guglielmi e em 1999, foi comprado pelo Município de Criciúma, tornando-se um hospital infantil. O Hospital São João Batista, fundado em 1963 pela sociedade Guglielmi e Freitas, de caráter privado, desde 1998 não atende o SUS, somente convênios e privado. A Casa de Saúde Rio Maina foi fundada em 1968, especializada em saúde mental, atua hoje como hospital psiquiátrico e atende preferencialmente a pacientes do SUS. (OLIVEIRA, 2001)

No âmbito da administração municipal é criada, em 1983, a Secretaria de Saúde e Bem-Estar Social, com a qual se inicia a implantação de uma rede de unidades de saúde nos bairros, inicialmente Boa Vista, Vila Manaus e Brasília. A rede física foi pensada para constituir um

sistema hierarquizado, assim o município foi dividido em 5 regiões: Próspera, Pinheirinho, Santa Luzia, Rio Maina e Área Rural, sendo que cada uma das regiões deveria possuir uma unidade regional, com maior complexidade, localizada no bairro de maior concentração populacional e que serviria de referência para as unidades básicas locais. (OLIVEIRA, 2001)

Em 1985, em convênio com a União, o município implanta as ações integradas de saúde que possibilitou o financiamento dos serviços municipais, gerando o desenvolvimento rápido da rede de serviços, sendo que em 1987 a rede já era constituída de 27 unidades básicas. Em 1994, o município contava com 38 unidades de saúde, sendo 1 unidade odontológica, 31 unidades básicas, 4 unidades de referência e 2 unidades especializadas. (OLIVEIRA, 2001)

Na Atenção Básica o Município de Criciúma se destaca, ainda, como um dos primeiros a implantar a Estratégia de Saúde da Família no Estado de Santa Catarina. No ano de 1995, o Ministério da Saúde destinou recursos para implantação de equipes, abrangendo inicialmente poucos municípios do estado, dentre eles Criciúma. (SCHUCH, 2007)

De acordo com a evolução da implantação das equipes de saúde da família, conforme tabela abaixo se observa que já em 1998 o Município de Criciúma apresentava 17 equipes de saúde da família, as quais foram aumentando progressivamente até as atuais 36 equipes, que cobrem 63,5% da população. Essas 36 equipes estão distribuídas em 34 UBSs. Além das equipes de ESF, o município conta com Unidades Básicas de Saúde com Atenção Básica tradicional, no total de 14 unidades, cobrindo assim 84,4% da população com Atenção Básica. (BRASIL, 2016b)

Tabela 4 - Implantação das equipes de saúde da família, equipes de saúde bucal e núcleo de apoio à saúde da família em Criciúma no período de 1998 a 2016:

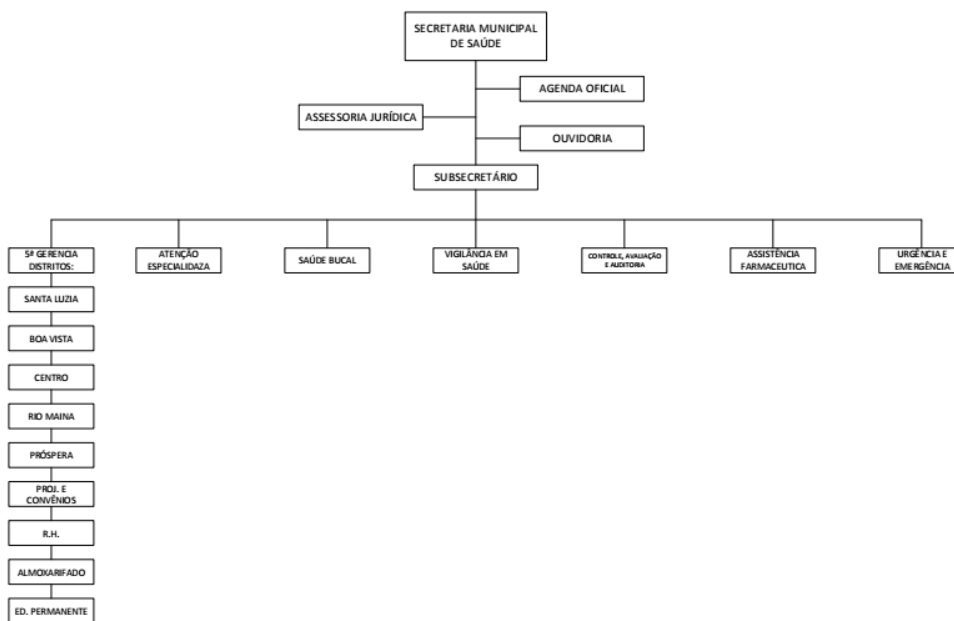
Ano	População	Agentes Comunitários de Saúde		Equipe de Saúde da Família		Equipe de Saúde Bucal		Nasf
		Implantados	Proporção de cobertura populacional estimada	Implantados	Proporção de cobertura populacional estimada	Modalidade I Implantadas	Modalidade II Implantadas	Nasf Tipo 1 Implantadas
1998	162.288	31	10,98	17	36,14	0	0	0
1999	162.288	31	10,98	17	36,14	0	0	0
2000	167.661	144	49,39	19	39,1	0	0	0
2001	170.360	144	48,6	19	38,48	0	0	0
2002	173.269	156	51,77	23	45,8	0	0	0
2003	175.491	171	56,03	23	45,22	0	0	0
2004	177.844	171	55,29	23	44,62	0	0	0
2005	177.844	203	65,63	24	46,56	0	0	0
2006	185.519	206	63,85	26	48,35	0	0	0
2007	188.233	234	71,48	26	47,65	0	0	0
2008	188.233	234	71,48	27	49,49	0	0	0
2009	187.018	234	71,94	27	49,81	0	0	0
2010	187.018	255	78,4	29	53,5	3	0	0
2011	192.308	256	76,54	30	53,82	4	0	3
2012	193.989	197	58,39	33	58,69	7	0	3
2013	195.614	206	60,55	30	52,91	5	0	1
2014	195.614	205	60,26	33	58,2	7	0	3
2015	195.614	248	72,9	35	61,73	11	0	3
2016	195.614	230	67,61	36	63,49	11	0	3

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE. (BRASIL, 2017a)

A Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma, no ano de 2016, possuía como missão “Implementar políticas de saúde que garantam o acesso da população a todos os serviços, com resolutividade e humanização, superando os índices propostos pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde.” (Planejamento Estratégico Criciúma para Resultados 2009-2020)

A secretaria estava organizada em algumas gerências, conforme o organograma apresentado abaixo.

Figura 2 – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma:

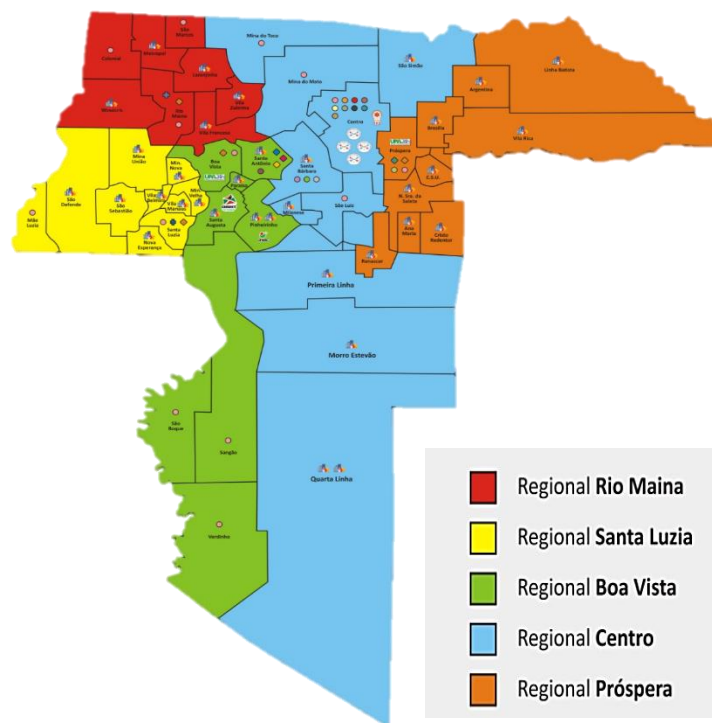


A Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma é gestora plena do sistema municipal de saúde, isso significa que faz a gestão de todos os equipamentos de saúde públicos do seu território. Isto inclui a Atenção Básica, policlínicas, serviços hospitalares e de reabilitação.

A estrutura física do sistema público de saúde de Criciúma em dezembro de 2016 é composta por 48 Unidades Básicas de Saúde, 2 Pronto Atendimento, 1 hospital pediátrico, 4 Centros de Atenção Psicossocial, um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, 2 Policlínicas, 1 Centro de Especialidades Odontológicas, 1 unidade da Farmácia Popular do Brasil, 1 Centro de Controle de Zoonoses, Vigilância Ambiental, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Núcleo de Prevenção a Violência e Promoção da Saúde.

As Unidades Básicas de Saúde são divididas em 5 distritos sanitários: Santa Luzia, Rio Maina, Boa Vista, Cento e Próspera. Cada distrito sanitário tem um gerente central que apoia os gerentes das Unidades Básicas de Saúde da sua região, variando de 8 a 12 unidades por gerentes, conforme figura abaixo:

Figura 3 – Mapa do Município de Criciúma dividido em Distritos Sanitários:



As Unidades Básicas de Saúde estão distribuídas de acordo com o distrito sanitário, conforme quadro abaixo:

Quadro 1 – Unidades Básicas de Saúde de acordo com o Distrito Sanitário:

DISTRITOS SANITÁRIOS				
Rio Maina	Santa Luzia	Boa Vista	Centro	Próspera
Colonial	Mineira Nova	Pinheirinho	Maria Céu	Ana Maria
Laranjinha	Mineira Velha	Paraíso	Milanese	Argentina
Metropol	Mãe Luzia	Santo Antônio	Mina do Mato	C.S.U
Rio Maina	Mina União	Santa Augusta	Mina do Toco	Cristo Redentor
São Marcos	Nova Esperança	Sangão	Morro Estevão	Linha Batista
Vila Francesa	Santa Luzia	São Roque	Primeira Linha	Nossa Senhora da Salete
Vila Zuleima	São Defende	Verdinho	Quarta Linha	Renascer
Wosocris	São Sebastião	24hs Boa Vista	São Luiz	Vila Rica/Imigrantes
	Vila Belmiro		Santa Bárbara	24hs Próspera
	Vila Manaus		São Simão	Brasília
			Centro	
			Operária Nova	

Das 48 Unidades Básicas de Saúde do Município de Criciúma, apenas 34 têm equipes de saúde da família, 14 possuem Atenção Básica convencional e ainda há equipes de Atenção Básica que atuam nas duas policlínicas. Os gestores de Unidades Básicas de Saúde de Criciúma não possuem formalização de sua condição como gestor, assumindo a gestão em função da sua

formação como enfermeiros, algo que está presente na cultura local da organização do Município de Criciúma.

As unidades básicas do município de Criciúma têm diferentes composições, dependendo do modelo de atenção. As unidades que atuam com a estratégia saúde da família possuem equipe formada por 1 enfermeiro, 1 médico, 2 técnicos de enfermagem e de 4 a 12 agentes comunitários de saúde. As unidades básicas tradicionais, dependendo da população, possuem médicos que atuam 10 horas semanais e enfermeiras de 30 horas, além de possuir algumas especialidades médicas como pediatria e ginecologia. Todas as unidades básicas, mesmo aquelas que não possuem estratégia de saúde da família, possuem programa de agente comunitários de saúde, que atuam em todo o território do município.

Além das equipes da estratégia saúde da família e das equipes formadas por médicos com carga horária de 10h semanais e enfermeiras 30h, as unidades básicas contam com higienizadora. Nas maiores unidades, como o centro e policlínicas, há recepcionistas. Nas unidades menores não há, sendo que é a própria equipe que realiza as atividades administrativas junto aos usuários.

O Município de Criciúma conta na competência de março de 2017 com 1172 servidores. As unidades onde atuam profissionais de saúde da família possuem, em geral, horário de funcionamento das 8h00min às 12h00min e das 13h00min às 17h00min. Utiliza-se como sistema de informação o Fly saúde, desenvolvido pela empresa Beta sistemas de informática. Este sistema é responsável pelo prontuário eletrônico, utilizado em todas as UBSs, sistema de agendamento de consultas com especialistas, controle de estoque e farmácia, entre outros serviços.

4.2.DADOS NACIONAIS E ESTADUAIS DO PERFIL DOS GESTORES DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Não há dados nacionais objetivos quanto ao número de gestores de Unidades Básicas de Saúde atuando no Brasil. Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde de Dezembro de 2016 demonstram que há no país 297.736 estabelecimentos de saúde, de todos os tipos, sendo que destes, 45.444 são Unidades Básicas de Saúde (considerando apenas Posto de saúde e Centro de saúde/Unidade básica).

Tabela 5 - Números de estabelecimentos de saúde no Brasil em dezembro 2016:

Estabelecimento	Total
Posto de saúde	9601
Centro de saúde/unidade básica	35843
Policlínica	6806
Hospital geral	5073
Hospital especializado	1010
Unidade mista	669
Pronto socorro geral	359
Pronto socorro especializado	107
Consultório isolado	147920
Unidade móvel fluvial	28
Clínica/centro de especialidade	42764
Unidade de apoio diagnose e terapia (sadt isolado)	21698
Unidade móvel terrestre	899
Unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência	3990
Farmácia	2356
Unidade de vigilância em saúde	2039
Cooperativa ou empresa de cessão de trabalhadores na saúde	360
Centro de parto normal – isolado	18
Hospital/dia – isolado	612
Central de regulação de serviços de saúde	212
Laboratório central de saúde pública lacen	39
Central de gestão em saúde	5702
Centro de atenção hemoterapia e ou hematológica	309
Centro de atenção psicossocial	2785
Centro de apoio a saúde da família	906
Unidade de atenção à saúde indígena	708
Pronto atendimento	986

Polo academia da saúde	1894
Telessaúde	66
Central de regulação médica das urgências	211
Serviço de atenção domiciliar isolado (<i>home care</i>)	437
Unidade de atenção em regime residencial	17
Oficina ortopédica	20
Laboratório de saúde pública	301
Central de regulação do acesso	806
Central de notificação, captação e distribuição de órgãos estadual	129
Polo de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde	56
Total	297736

Fonte: CNES, 2016. (BRASIL, 2016f)

No CNES vinculam-se ao estabelecimento todos os profissionais que atuam nele, de acordo com o CBO (Cadastro Brasileiro de Ocupações) do Ministério do Trabalho e Emprego. Os gestores de serviços de saúde poderiam ser registrados no CNES com as seguintes denominações: Gerente Administrativo e/ou Gerentes de serviços de saúde. Como não há um estímulo financeiro específico ou política, por parte do gestor estadual ou federal, para a existência de gestores em estabelecimentos de saúde nem em UBSs, não há obrigatoriedade do registro exato, podendo gerar erros e principalmente omissão de dados.

Dados do CNES de fevereiro de 2016 demonstram que há registrado, em todos os estabelecimentos de saúde do Brasil, 7.752 pessoas como gerentes administrativos e 11.473 pessoas como gerentes dos serviços de saúde, num total de 19.225 registros. Isto significa que para 297.736 estabelecimentos de saúde há 19.225 registros de gerentes, totalizando 6,4% de gerentes por estabelecimento, pressupondo que todos os estabelecimentos tenham apenas um gerente, o que pode não ser verdadeiro. (BRASIL, 2016e)

Em relação às Unidades Básicas de Saúde, há 45.444 Unidades, 2.265 Gerentes Administrativos e 3.910 Gerentes de Serviços de Saúde, totalizando 6.175 Gerentes, que correspondem a 13,5% das UBSs com gerentes.

No Estado de Santa Catarina, em dezembro de 2016, havia 14.972 estabelecimentos de Saúde, de todos os tipos, sendo que Unidades Básicas de Saúde totalizavam 1.853, (considerando apenas Posto de saúde e Centro de saúde/Unidade básica), conforme tabela abaixo:

Tabela 6 - Estabelecimentos de Saúde no Estado de Santa Catarina em dezembro de 2016:

Estabelecimentos	Total
Posto de saúde	348
Centro de saúde/unidade básica	1505
Policlínica	186
Hospital geral	202
Hospital especializado	21
Unidade mista	5
Pronto socorro geral	7
Pronto socorro especializado	4
Consultório isolado	8251
Unidade móvel fluvial	1
Clínica/centro de especialidade	2173
Unidade de apoio diagnose e terapia (sadt isolado)	1117
Unidade móvel terrestre	72
Unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência	148
Farmácia	150
Unidade de vigilância em saúde	25
Cooperativa ou empresa de cessão de trabalhadores na saúde	3
Hospital/dia – isolado	31
Central de regulação de serviços de saúde	18
Central de gestão em saúde	325
Centro de atenção psicossocial	107
Centro de apoio a saúde da família	46
Unidade de atenção à saúde indígena	6
Pronto atendimento	34
Polo academia da saúde	72
Telessaúde	1
Central de regulação médica das urgências	8
Serviço de atenção domiciliar isolado (<i>home care</i>)	12
Oficina ortopédica	2
Laboratório de saúde pública	6
Central de regulação do acesso	67
Central de notificação, captação e distribuição de órgãos estadual	11
Polo de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde	8
Total	14972

Fonte: CNES, 2016. (BRASIL, 2016g)

Em relação aos gestores de estabelecimentos de saúde de Santa Catarina, há registros de 202 pessoas como gerentes administrativos e 590 pessoas como gerentes dos serviços de saúde, num total de 792 registros. Isto significa que para 14.972 estabelecimentos de saúde há

792 registros de gerentes, totalizando 5,3% de gerentes por estabelecimento, se tomarmos como pressuposto que todos os estabelecimentos tenham apenas um gerente.

Em relação às Unidades Básicas de Saúde, há 1.853 Unidade Básicas de Saúde, 39 Gerentes Administrativos e 44 Gerentes de Serviços de Saúde, totalizando 83 Gerentes, que correspondem a 4,4% dos estabelecimentos com gerentes. (BRASIL, 2016e)

Os dados do Município de Criciúma de Dezembro de 2016 demonstram haver 534 estabelecimentos de saúde. Destes, 48 são Unidades Básicas de Saúde (considerando apenas Posto de saúde e Centro de saúde/Unidade básica), conforme tabela abaixo:

Tabela 7 - Estabelecimentos de saúde no Município de Criciúma em dezembro de 2016:

Estabelecimentos	Total
Centro de saúde/unidade básica	48
Policlínica	7
Hospital geral	4
Hospital especializado	1
Consultório isolado	350
Clínica/centro de especialidade	76
Unidade de apoio diagnose e terapia (sadt isolado)	34
Unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência	3
Farmácia	2
Central de gestão em saúde	2
Centro de atenção psicossocial	4
Central de regulação médica das urgências	1
Central de regulação do acesso	2
Total	534

Fonte: CNES, 2016. (BRASIL, 2016h)

Em relação aos gestores de estabelecimentos de saúde de Criciúma, há registros de 3 pessoas como gerentes administrativos e 2 pessoas como gerentes dos serviços de saúde, num total de 5 registros. Isto significa que para 534 estabelecimentos de saúde há 5 registros de gerentes, totalizando 1% de gerentes por estabelecimento, pressupondo-se que todos os estabelecimentos tenham apenas um gerente.

Em relação às Unidades Básicas de Saúde, há 48 Unidade Básicas de Saúde, 1 gerente administrativo e nenhum gerente de serviços de saúde, totalizando 1 gerente, que corresponde a 2% dos estabelecimentos com gerentes.

Com base nos dados de Criciúma, onde os gerentes de Unidades Básicas de Saúde não estão cadastrados no CNES como gerentes e sim como enfermeiros, a não ser um único caso

em que o gestor de unidade não é enfermeiro, pressupõe-se que essa mesma realidade possa ocorrer em outros municípios do Brasil. Isto pode ser explicado pelo fato de o profissional, como no caso de Criciúma, não atuar exclusivamente como gestor, sendo também o enfermeiro da equipe de saúde.

Durante o grupo focal, muitas falas, dúvidas e divergências surgiram em virtude da necessidade ou não do gerente ser o enfermeiro, bem como deste profissional atuar exclusivamente como gestor de UBS, não possuindo responsabilidade direta sobre as atividades da equipe. Destaco aqui uma fala:

(...) eu também concordo nessa questão que deveria talvez ter, outra enfermeira, uma enfermeira assistencial, porque a gente acaba fazendo de tudo um pouquinho, não consegue muitas vezes dar continuidade como tu gostaria num trabalho, tu vai lá, começa a acompanhar o paciente, faz uma visita, mas tu não consegue ver a evolução daquele caso, só apenas um familiar, a agente comunitária te traz um retorno, olha, lá está assim, não tem aquele cuidado do início ao fim, eu acho que isso é uma das maiores dificuldades, que chega um e-mail, isso aqui é pra amanhã, isso aqui pra hoje, isso aqui é pra daqui quinze dias, então deixa aqui do lado depois eu faço, campanha hoje, campanha amanhã, aí a gente acaba pipocando de tudo um pouquinho né, mas devagarzinho a gente vai absorvendo as informações que o SUS é bem amplo né, desde que eu não fazia ideia (...) G6

Outra fonte de dados secundários que pode ajudar a entender a gestão de Unidades Básicas de Saúde no Brasil é a avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ). O PMAQ foi articulado a partir de janeiro de 2011, no bojo de um conjunto de políticas de desenvolvimento da Atenção Básicas no Brasil, como de Infraestrutura das UBSs, informatização, provimento de profissionais, entre outras. O primeiro ciclo de avaliação do PMAQ aconteceu em 2011 e participaram mais de 17 mil equipes de Atenção Básica no país. Do segundo ciclo, que se iniciou em 2013, participaram mais de 30 mil. (PINTO; SOUZA; FERLA, 2014)

Os dados fornecidos pelo segundo ciclo do PMAQ, onde a avaliação externa (coleta de dados diretamente nas UBSs) aconteceu em 2014, traz algumas informações que tangenciam as discussões acerca do gestor de UBS. Isto por que não houve no PMAQ nenhuma pergunta direta relacionada ao gestor de UBS, apenas algumas aproximações.

Na tabela abaixo destacam-se alguns dos padrões do PMAQ que mais se aproximam da discussão da existência, papel e atividade do gestor de UBS:

Tabela 8 - Dados do segundo ciclo do PMAQ relacionados ao GUBS:

Padrão	Brasil	SC	Criciúma
A UBS possui sala de administração e gerência	32%	76%	90%
A equipe participa de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal	90%	93%	100%
A equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações mensalmente?	85%	86%	97%
A equipe recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?	85%	93%	100%
A gestão disponibiliza para a equipe informações que auxiliem na análise de situação de saúde?	89%	93%	100%
A equipe de Atenção Básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?	88%	89,6%	100%
A gestão apoiou a organização do processo de trabalho visando a melhoria do acesso e da qualidade a partir dos padrões do PMAQ?	78%	97%	97%

Fonte: Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. (BRASIL, 2017b)

Outra fonte de dados sobre gestores de unidade básica é a pesquisa realizada em 2008 pelo Ministério da Saúde, em parceria com alguns estados do Brasil, no qual o Estado de Santa Catarina participou na coleta e organização da pesquisa em que algumas perguntas diretamente relacionadas ao gestor de Unidade Básica estavam presentes. Não há dados publicados disponíveis por município, somente estado e região de saúde. Assim apresentam-se os dados do Estado de Santa Catarina e da região Carbonífera, onde Criciúma está situada. (PANIZZI; SANTOS, 2010)

Em relação à pergunta se existe um profissional contratado exclusivamente para a função gerencial na UBS, os resultados do estado foram que apenas 12,4% das UBSs contam com este profissional. Na região Carbonífera nenhuma unidade pesquisa contava com gerente exclusivo. As perguntas a seguir foram realizadas somente para os gestores que atuavam exclusivamente na função gerencial. Assim, os dados apresentados se referem a todo o estado, *vis a vis* que a região Carbonífera não possui nenhum gestor exclusivo para a gestão das UBSs.

Em relação à escolaridade, 58% dos gestores tem nível superior, 18% nível técnico, 26% nível médio e 2% nível fundamental. Entre os que possuem nível superior, 61% possuem pós-graduação. Para 48% dos gerentes exclusivos a forma de seleção foi por concurso público e 51% têm contrato estatutário. Perguntados se já fez ou está fazendo algum curso na área de planejamento e gestão, 42% relataram que sim e 58% que não. (PANIZZI; SANTOS, 2010)

5. CAPÍTULO IV - ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS GERAIS E ESPECÍFICAS DE GESTORES DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Os dados do questionário foram agregados em planilha do Excel, num total de 7 planilhas: dados do perfil, dados de auto avaliação das competências gerais de Gestores de UBSs, dados de auto avaliação de competências específicas de gestores de UBSs, dados de competências gerais de gestores de UBSs avaliadas pelo gestor de Distrito Sanitário, dados de competência específica de gestores de UBSs avaliadas pelos gestores de DS, dados de competências gerais de gestores de UBSs avaliadas pelos trabalhadores, dados de competências específicas de gestores de UBSs avaliadas pelos trabalhadores.

Em relação ao desenvolvimento para cada competência, há um conjunto de componentes (conhecimentos, habilidades ou atitudes) que foram respondidos pelos sujeitos da pesquisa. Considerando a escala de Likert, cada componente foi avaliado em: não desenvolvido, pouco desenvolvido, medianamente desenvolvido e muito desenvolvido. Para análise, as respostas foram agregadas da seguinte forma: componentes não ou pouco desenvolvidos serão categorizados como “componentes a desenvolver” e componentes médio ou muito desenvolvidos foram considerados “componentes desenvolvidos”.

Utilizou-se como ponto de corte para os componentes “a desenvolver”, um percentual correspondente igual ou acima de 20%, considerando como componente desenvolvido respostas que somem mais de 80%. Para análise das competências adotaram-se duas categorias, “competências a desenvolver” e “competências desenvolvidas”, tomando-se como “a desenvolver” aquelas que possuem pelo menos a metade dos componentes “a desenvolver” e como “desenvolvidas” aquelas que têm mais da metade dos componentes desenvolvidos por tipo de sujeito da pesquisa. Globalmente, considerou-se “a desenvolver” aquelas que, além de possuir metade ou mais dos componentes “a desenvolver”, estão presentes em pelo menos dois dos três sujeitos da pesquisa (gestores de UBS, trabalhadores, gestores de Distrito Sanitário).

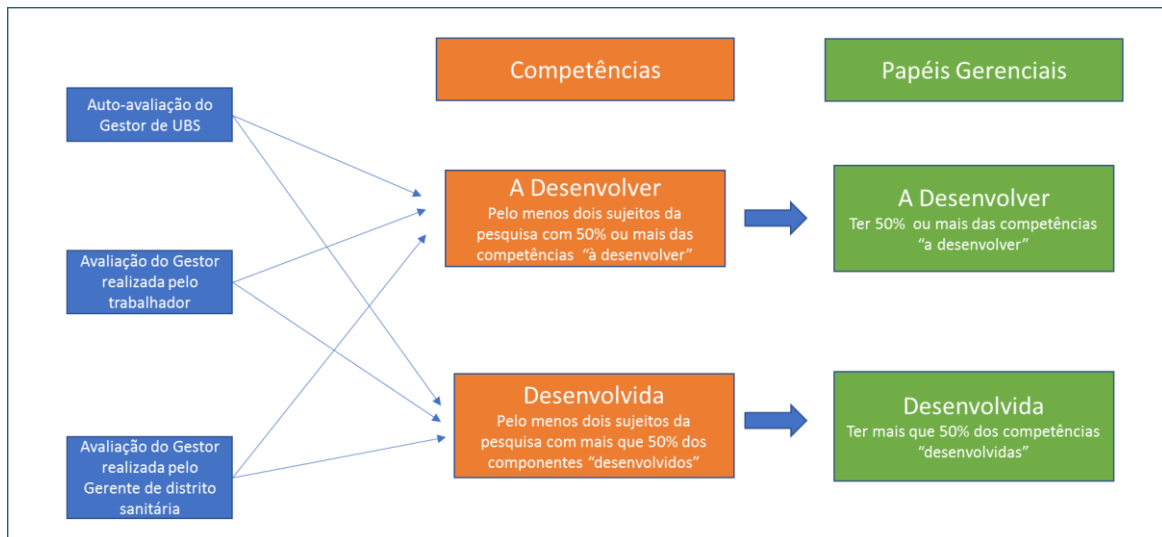
Para análise dos papéis gerenciais foram consideradas duas categorias: “papéis a desenvolver” e “papéis desenvolvidos”. Considerou-se como “a desenvolver” aqueles que possuem metade ou mais das competências a desenvolver, e como desenvolvido, aqueles que possuem mais da metade das competências desenvolvidas por sujeito da pesquisa. Para análise

global foram considerados papéis a desenvolver aqueles em que as competências a serem desenvolvidas estão presentes em pelo menos dois dos sujeitos da pesquisa (gestores de UBS, gestores do DS e trabalhadores), conforme quadro abaixo:

Quadro 1 - Quadro esquemático da análise dos componentes, competências e papéis gerenciais por sujeito da pesquisa:



Quadro 2 - Quadro esquemático da análise Global das Competências e Papéis gerenciais dos gestores de UBSs:



5.1.PERFIL DOS GUBS DE CRICIÚMA

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o Município de Criciúma possui 48 Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde. O número de equipes de saúde da família na competência maio de 2016 são 36 equipes. Duas equipes de saúde da família atuam na mesma unidade básica de saúde. Assim, há 33 unidades básicas com saúde da família e 15 unidades básicas com Atenção Básica tradicional. Todos os gestores das Unidades Básicas de Saúde (com equipes saúde da família e Atenção Básica tradicional) de Criciúma foram convidados a participar da pesquisa, mas responderam o questionário 34, totalizando 71%. (BRASIL, 2016c, 2016d)

Os resultados dos perfis dos gestores mostram que os mesmos têm média de 30,5 anos, variando de 24 a 45 anos. As mulheres correspondem a 76%, são praticamente todos enfermeiros, com exceção de um gestor que é graduado em aeronáutica, possuem média de 3 anos no serviço público, com tempo mínimo de 3 meses e máximo de 14 anos como gestor e 0,7 anos na média, além de tempo mínimo de 3 meses e máximo de 6 anos como gestor da atual unidade.

Esta característica dos gestores de UBS em Criciúma pode ser percebida nas falas colhidas durante o grupo focal:

Eu sou enfermeira do centro social urbano, faz cinco, seis meses que eu estou ali, antes eu trabalhava num pronto atendimento de uma unidade privada. Não era saúde pública e a faculdade que eu fiz foi forte em saúde pública, então a experiência que eu tinha era mais voltada para a faculdade, eu fiz pós-graduação em urgência e emergência, então eu não tenho também, não é voltada para a gestão (...) (G1)

(...) eu trabalho na unidade de São Marcos, é um lugar de rede pequena, né. Tem 6 horas, eu entrei, eu sou efetivo desde 2007, eu fiquei um tempo na saúde mental, também no CAPS AD, e ali eu estou há quatro meses (...) (G2)

(...) eu estou há sete meses, agora pela prefeitura, né. Fui chamada no concurso, eu não tinha experiência anterior caso eu me formei em 2013, fiz o concurso e me chamaram agora em janeiro, então estou aprendendo ainda, né, bastante coisa. No começo assim a gente entra em pânico mesmo, né, porque tu não tens muito um treinamento (...) (G3)

(...) estou na saúde pública desde março, minha experiência até então era só hospitalar, trabalhei treze anos no hospital e assumi a unidade (...) (G6)

(...) sou enfermeira da UBS x, assumi no início desse ano, também da área hospital [sic] como enfermeira, tenho uma experiência em saúde pública como técnica de enfermagem, no concurso anterior, mas como enfermeira sempre fui de área hospitalar e realmente o que eles colocaram assim, a maioria também entrou bem na fase de transição de trocas, então assim, tudo teve que ser remoldado, reformulado e até hoje em dia (...) (G7)

Agora chegou o momento da mudança também, agora entrou uns funcionários efetivos, então o quadro vai ficar regular. Está na hora de mudar tudo de todo mundo (...) (G12)

Esta característica dos gestores de UBS de Criciúma, de estarem há menos de um ano no serviço público ou na gestão da unidade básica, presente maciçamente na pesquisa, tem relação com a Ação Civil Pública nº 0022493-48.2012.8.24.0020, ajuizada em 22 de novembro de 2012 e julgada em 20 de janeiro de 2014, com sentença final em 03 de setembro de 2014, que determinou a imediata exoneração de todos os funcionários que estavam atuando sem prévia realização de concurso público. Do total de funcionários, foram demitidos 342 servidores, entre eles 230 trabalhadores da secretaria municipal de saúde, praticamente todos os profissionais das equipes das Unidades Básicas de Saúde e da Estratégia Saúde da Família. Segundo a procuradora geral do município, houve simples omissão das autoridades na realização do concurso, uma vez que em 2006 o Programa Saúde da Família se tornou estratégia e se consolidou como política pública. (SANTA CATARINA, 2015)

Esta medida obrigou o prefeito de Criciúma a concursar todos os profissionais e a demitir os antigos, processo difícil para toda a cidade e que trouxe, entre outras consequências, toda uma rede nova como pode ser observado também nas falas dos gestores durante o grupo focal:

(...) olhe pelo lado positivo, nunca teve tanto concursado da equipe, né, G7, é bem dizer cem por cento, a equipe inteira (...) (G2)

Por isso que tem que investir, porque elas vão estar ali amanhã, depois, depois elas vão estar numa rotina de trabalho, assim a gente vai seguindo, a gente tem que continuar daqui a dez, quinze anos que seja né (...) (G8)

Em relação à formação, 26% desses gestores possuem graduação e 74% pós-graduação, sendo que 62% em nível de especialização e 12% de mestrado; 79% finalizaram a graduação entre 2006 e 2013 e 68% finalizaram a pós-graduação entre os anos 2012 a 2016. Entre as pós-graduações mais realizadas estão as de Saúde da Família, com 29%; saúde pública com 17%; e gestão em saúde com 17%. Ao perguntar se o gestor fez ou está fazendo algum curso de formação na área de planejamento, organização ou gestão dos serviços de saúde, 32% disseram que sim e 68% disseram que não.

Apesar de alguns gestores terem pós-graduação em saúde pública e áreas afins, durante o grupo focal expressaram a falta de formação e preparação por parte da secretaria municipal de saúde para atuarem como gestores:

(...) lá na secretaria foi só isso Fulana: vai para a Unidade tal pega a rua tal, vira lá à esquerda... eu: está, começo quando? Amanhã... eu peguei no outro dia, peguei o jaleco e fui, quando eu cheguei lá, no meio da equipe, de todo mundo, a enfermeira, corre um para cada lado e aí foi, tu tendo que correr para ligar para todo mundo. Falta sim o acolhimento nosso também, a gente se sentia importante no serviço, a gente tá

[sic] lá sozinha, abandonada, acha que ninguém está nem aí pra nada, então tu também não vai fazer nada, se ninguém também não está nem aí pra nada, estressado, porque a gente não tem essa motivação, então acho que a gente precisa de uma capacitação pra aprender a gerir outras pessoas bem feito, a ter resultados, daquilo que a gente faz e agente também recebendo alguma motivação que empolgue a gente construindo alguma coisa positiva (...) (G10)

Segundo André e Ciampole (2007), os gestores de UBSs despreparados para assumirem sua função, tal como se observa, são um nó crítico importante do serviço público, pois propicia discrepâncias quanto à liderança necessária para conduzir processos de mudanças e executar as políticas de saúde, levando à manutenção de projetos que necessitam ser superados. Verifica-se que construir competências para as UBSs é ainda um projeto individual de alguns gestores, sem condução pelo governo federal, estadual e municipal.

Ximenes Neto e Sampaio (2007), avaliando os espaços de educação permanente ofertado para os gerentes de Equipes de Saúde da Família, observam que dos 28 Gerentes entrevistados, 27 não receberam nenhuma capacitação no momento da nomeação e, ainda no que concerne às qualificações que o gerente tenha vivenciado, há o predomínio absoluto de atividades de educação permanente, voltadas para a prática assistencial e não para a gestão. Para Santric' Milicevic et. al (2011), em estudo de caso na Sérvia, a realização de formação para gestores de unidades de saúde mostrou que foi possível, através de treinamento, reduzir o *gap* (necessidade) de competências.

Mintzberg (2010), em seu livro “Managing: desvendando o dia a dia da gestão”, reflete que há algumas décadas pergunta aos gestores o que aconteceu no dia em que se tornaram gestores e os mesmos respondem que “nada”. Em geral os gestores não recebem nenhum tipo de treinamento ou orientação, tendo que aprender a arte da gestão geralmente sozinhos.

Em relação à seleção do gestor de unidade básica em Criciúma, verificou-se que ao perguntar a forma desta seleção, 47% responderam que foi por concurso público e 53% relataram que se deu por outras formas, dentre as mais relatadas estão a automática, por imposição e o concurso para enfermeiro.

No Município de Criciúma os gestores de unidades básicas são necessariamente os enfermeiros da equipe de saúde da família ou da Atenção Básica tradicional, de forma que não há seleção ou alternativa ao enfermeiro não assumir o cargo.

Para Hill (1993) e Loch (2009), a odisséia de colaborador individual para gerente é muitas vezes difícil, cheia de histórias de horror de carreiras que não deram certo. Mesmo sendo

excelentes contribuidores individuais, alguns trabalhadores nunca se ajustam com sucesso ao trabalho de gerente e às responsabilidades gerenciais. O gerenciamento de primeira linha é uma atividade muito desgastante, cheia de conflitos e, para aqueles que falham nessa atribuição, os custos são altos. Para André e Ciampone (2007), a ascensão à posição de gestor deveria ser decorrente de avaliação meritória e não indicação política, amizade ou confiança.

Em relação ao exercício da gestão de unidade ser exclusivamente por enfermeiro em Criciúma, as posições divergem no grupo focal:

(...) Essa é a questão de enfermeira gerente é história, gente, vem da faculdade sabendo que o enfermeiro vai ser gerente. Eu acho que moldam a gente para ser gerente, que é quando a gente chega no trabalho, o trabalho não está sistematizado, se fosse certinho a gente conseguiria, de tempo suficiente para fazer tudo, mas tu não tens técnico, tu não tens isso tu não tens aquilo, tu tentas resolver essas outras coisa e falta tempo, não que a gente não seja capacitada para fazer isso (...) (G7)

(...) um administrador ajudaria bem mais assim, agendamento, pedir material, porque que não veio ainda, mandar o pedido (...) (G3)

O enfermeiro tem o olhar generalizado, sistematizado dentro da saúde, como um profissional administrativo vai fazer solicitação de requisição mãe coruja? Se eles nem sabem a quantidade de gestante que tem na unidade, primeiro, segundo e terceiro trimestre, o gerente já sabe, vai fazer pedido mensal, o que ele vai pedir de medicamento, o enfermeiro já sabe qual equipamento que mais sai na unidade de saúde (G10)

Na pesquisa desenvolvida por Hill (1993), os subordinados avaliaram como essencial a importância do gerente ser alguém com formação técnica na área que está gerenciando e profundo conhecedor do processo de trabalho. Mintzberg (2011), ao discutir o poder do administrador/gestor nas burocracias profissionais, refere que pela natureza do núcleo profissional, altamente especializado e autônomo, há busca coletiva de controle sobre as decisões gerenciais que os afetam e exigência de que estes administradores estejam habilitados pelos órgãos de classe aos quais representam e preferencialmente ser eleitos pelos mesmos.

Ao avaliar os gestores de uma cooperativa de trabalho médico, Roquete (2012) conclui que para os gestores é fundamental o conhecimento da profissão, para respaldar seu trabalho junto à classe profissional e aos usuários. Para Elina et al. (2006), os médicos gestores têm dificuldade de se inserir nas atividades de gestão, ficando muito vinculados ao conhecimento clínico e atuando mais como consultores do que como gestores. Segundo a mesma autora, os médicos da atenção primária conseguem desempenhar melhor o papel de gestores.

A revisão bibliográfica desta pesquisa observa que nos estudos que trazem o perfil dos gestores de UBSs há o predomínio da enfermagem, porém não a exclusividade. No Brasil, o papel da enfermeira na gestão é muito significativo, diferentemente de outros países, onde o

enfermeiro tem maior papel na assistência, cuidado com doenças crônicas e paliativas. Segundo Carvalho et al. (2014), a importante contribuição da enfermagem no gerenciamento das UBSs aponta o seu compromisso com indivíduos e coletividades, capacidade administrativa e de se relacionar de maneira satisfatória com os demais membros da equipe multiprofissional. No entanto, também tem relação com seu destacado posicionamento a favor do cumprimento de ordens e manutenção do *status quo*. Para Ximenes Neto e Sampaio (2007), o cargo de gestor de UBS não deve ser centrado nos profissionais de enfermagem e nas mulheres, mas sim nas competências individuais e coletivas necessárias para uma boa gerência, a partir da análise do perfil profissional dos membros da equipe.

Na presente pesquisa, ao ser perguntado se o gestor recebe alguma gratificação para atuar como gestor, 97% responderam que não recebem nenhuma gratificação, apenas um gestor referiu que recebe uma gratificação no valor de 500 reais do PMAQ. Em relação ao nome atribuído ao cargo que ocupa, 70% disseram que são chamados de gerentes, 9% de coordenador e 21% de gestor.

Durante o grupo focal, a questão específica de ganhar ou não gratificação financeira pelo exercício da gestão das UBSs se tornou um tema polêmico:

(...) Mas eu acho que a gratificação em si, não necessariamente ajudaria tipo assim, (...) tu vais estar [sic] apagando incêndio e tu não consegue [sic] fazer o teu serviço ali, tem coisas que realmente é só da minha competência, ali fazer o preventivo, puncionar um paciente, avaliar esse paciente, e tem coisas que as outras pessoas poderiam fazer, ligar para ver a questão de agendamento, aí estou eu ligando para ver agendamento, como é que funciona? (...) (G3)

Que tivesse um enfermeiro na assistência, e outro na parte administrativa, que fosse dividido, eu acho que isso aí é um sonho. (G1)

(...) eu acho que nós deveríamos receber uma gratificação, não para ser cobrada mais, pois é a gente já é cobrada hoje, a gente recebe só como enfermeiro, e não muda o processo de trabalho (...) (G5)

André e Ciampone (2007) apontam para a necessidade de valorizar o desenvolvimento gerencial do gestor e Ximenes Neto e Sampaio (2007) relatam que a complexidade do gerenciamento dos serviços de Atenção Básica necessitam de reconhecimento social e financeiro por parte da gestão municipal. Na pesquisa do autor, em Sobral (CE), a gratificação que os gerentes recebiam era irrisória e incompatível com o cargo e as responsabilidades.

Em relação à organização do trabalho, os gestores avaliados no presente trabalho relataram que 82% cumprem 40 horas semanais, 9% cumprem 30 horas e 1 gestor cumpre 44

horas semanais. Em relação aos trabalhadores sobre sua responsabilidade, verifica-se uma média de 10 trabalhadores e de 5.915 pessoas atendidas para cada gestor.

No grupo focal ficou explícita uma divergência ante a necessidade de um profissional exclusivamente para atuar como gestor de UBS:

É bom ter um gerente e um só na assistência, porque o trabalho vai funcionar bem melhor, bem mais qualificado, vai conseguir dar assistência mais ao paciente, a trabalhar mais na prevenção, e o gerente mais na administração, trabalhando junto, como tu falou [sic], né, tem que trabalhar gerência e assistência os dois juntos, mas se o enfermeiro da gerência e da assistência trabalham junto ali, eles conseguem dar conta (...) G14

(...) nas aulas que a gente tem de gestão, administração e tudo mais, dá para perceber que o enfermeiro tem total capacidade, mas ele tem que estar somente ali para o serviço funcionar (...) G7

Sobre a exclusividade do trabalho como gestor de UBSs, Ximenes Neto e Sampaio (2007) propõem em sua pesquisa que nos territórios onde os indicadores epidemiológico-sociais sejam mais críticos, com densa lista de necessidades sócio sanitárias e elevada população adstrita, que os gestores sejam exclusivos para atividade gerencial.

McConnell (2002), examinando o equilíbrio entre duas carreiras, de especialista e gestor, que os profissionais de saúde podem assumir, avalia que há dificuldades grandes para os profissionais manterem as duas carreiras em paralelo; que os conhecimentos do especialista não o habilitam automaticamente para ser um bom gestor, uma vez que o gerenciamento tem um corpo de conhecimento e disciplinas próprias, e que alguns profissionais, ao assumirem a gerência, por falta de capacitação como gestor ficam muito desconfortáveis no papel.

Os achados do perfil do gestor de UBSs de Criciúma podem ser corroborados em alguma medida por pesquisas que também traçam o perfil dos gestores de UBSs, podendo-se citar André e Ciampone (2007), André et al. (2013), Barbieri e Hortale (2005), Carvalho et al. (2014), Fernandes et al. (2009), Fracoli e Egry (2001), Ximenez Neto e Sampaio (2007), Peduzzi et al. (2011), Rocha et al. (2009), Lourenço et al. (2005). Essas publicações convergem quanto: a) à preponderância do sexo feminino entre os coordenadores; b) geralmente enfermeiras, com exceção de duas publicações que predominam os médicos; c) geralmente tem nível superior, com exceção de uma publicação onde havia gerentes com nível técnico; d) mais de 60% com pós-graduação; e) até 5 anos no cargo de gestor; f) menos de 45 anos e menos de 50% tem pós-graduação em gestão.

5.2. AUTOAVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS GERAIS E ESPECÍFICAS DOS GUBS

Os resultados globais do questionário de auto avaliação das competências gerais dos gestores constam da tabela abaixo:

Tabela 9 – Resultado global da autoavaliação das competências gerais dos GUBS:

Frequência total	Numero	Percentual
Não Desenvolvido	6	1
Pouco Desenvolvido	147	16
Médio Desenvolvido	457	48
Muito Desenvolvido	334	35

Observa-se que a maior parte das respostas dos gestores, 83% consideram que os componentes de suas competências gerais para a gestão de unidades básicas estão mediantemente desenvolvidos ou muito desenvolvidos. Somente 17% das respostas dos gestores consideraram seus componentes das competências gerais para gestão de unidades básicas “Não ou Pouco Desenvolvida”.

Os resultados dos componentes gerais na autoavaliação dos gestores de UBSs estão apresentados na tabela abaixo:

Tabela 10 - Componentes gerais da autoavaliação dos GUBSs:

Componentes Gerais	Não		Pouco		Médio		Muito	
Conhecimento de gerência e liderança	0	0%	5	14%	23	66%	7	20%
Ser líder com a equipe e a comunidade	0	0%	5	14%	23	66%	7	20%
Que consiga pensar e planejar em longo prazo	0	0%	13	37%	17	49%	5	14%
Participar das definições das políticas para o setor no qual está inserido	3	9%	14	40%	16	46%	2	6%
Representar a organização em encontros, fóruns e atividades	1	3%	15	43%	17	49%	2	6%
Ser ético com a equipe, superiores e usuários	0	0%	0	0%	9	26%	26	74%
Ser justo com sua equipe, superiores e usuários	0	0%	1	3%	7	20%	27	77%
Ser humilde e demonstrar humildade	0	0%	0	0%	12	34%	23	66%
Que saiba aceitar críticas	0	0%	2	6%	12	34%	21	60%
Ser capaz de comunicar-se de forma adequada com a equipe e usuários	0	0%	1	3%	12	34%	22	63%
Ser aberto ao diálogo	0	0%	0	0%	9	26%	26	74%
Saber escutar	0	0%	1	3%	8	23%	26	74%
Ser capaz de motivar a equipe	0	0%	6	17%	21	60%	8	23%
Conhecer formas de acesso aos meios de comunicação de massa para divulgar o trabalho	0	0%	11	31%	17	49%	7	20%

Desenvolver formas de divulgar à comunidade e aos superiores os resultados obtidos	0	0%	15	43%	18	51%	2	6%
Ser capaz de usar o planejamento como prática gerencial	0	0%	12	34%	18	51%	5	14%
Ser capaz de reservar tempo na agenda para questões estratégicas da organização	1	3%	10	29%	21	60%	3	9%
Conseguir focar atenção nas questões estratégicas	1	3%	10	29%	21	60%	3	9%
Ser capaz de negociar com superiores, pares, trabalhadores e usuários	0	0%	2	6%	23	66%	10	29%
Ser aberto à negociação	0	0%	0	0%	11	31%	24	69%
Que seja flexível nas decisões	0	0%	1	3%	15	43%	19	54%
Ser aberto às mudanças	0	0%	2	6%	15	43%	18	51%
Que consiga enfrentar as adversidades	0	0%	2	6%	20	57%	13	37%
Mediar conflitos no trabalho entre a equipe e da equipe com a comunidade	0	0%	3	9%	25	71%	7	20%
Saber identificar problemas	0	0%	3	9%	25	71%	7	20%
Saber encontrar solução para os problemas	0	0%	4	12%	22	65%	8	24%
Ser criativo e estimular a criatividade da equipe e dos grupos comunitários	0	0%	9	26%	20	57%	6	17%

Observa-se, no quadro abaixo, os “componentes a desenvolver” que tiveram maior percentual de resposta “Não ou Pouco Desenvolvida” (igual ou acima de 20%) e os “componentes desenvolvidos” respostas “Médio e Muito Desenvolvida” (acima de 80%) foram:

Quadro 3 - Lista de componentes gerais a desenvolver e componentes desenvolvidos resultado da autoavaliação do GUBSs:

Componentes à Desenvolver	Componentes Desenvolvidos
Que consiga pensar e planejar em longo prazo	Conhecimento de gerência e liderança
Participar das definições das políticas para o setor no qual está inserido	Ser líder com a equipe e a comunidade
Representar a organização em encontros, fóruns e atividades	Ser ético com a equipe, superiores e usuários
Conhecer formas de acesso aos meios de comunicação de massa para divulgar o trabalho	Ser justo com sua equipe, superiores e usuários
Desenvolver formas de divulgar à comunidade e aos superiores os resultados obtidos	Ser humilde e demonstrar humildade
Ser capaz de usar o planejamento como prática gerencial	Que saiba aceitar críticas
Ser capaz de reservar tempo na agenda para questões estratégicas da organização	Ser capaz de comunicar-se de forma adequada com a equipe e usuários
Conseguir focar atenção nas questões estratégicas	Ser aberto ao diálogo
Ser criativo e estimular a criatividade da equipe e dos grupos comunitários	Saber escutar
	Ser capaz de motivar a equipe
	Ser capaz de negociar com superiores, pares, trabalhadores e usuários
	Ser aberto à negociação
	Que seja flexível nas decisões
	Ser aberto às mudanças
	Que consiga enfrentar as adversidades
	Mediar conflitos no trabalho entre a equipe e da equipe com a comunidade
	Saber identificar problemas
	Saber encontrar solução para os problemas

A fragmentação do trabalho e o excesso de encontros, típicos da função gerencial, como as reuniões, e-mails, agendas inesperadas, a necessidade de delegar tarefas e liderar equipes,

aparece como um grande incômodo na fala de alguns gestores durante o grupo focal. Não obstante, no questionário estes componentes (conhecimentos de gerência e liderança) e competência (liderança) foram assinalados como já desenvolvidos:

(...) a recepção está vazia, tens que ir para lá, não tem higienizadora, tem que limpar, está faltando isso, tem que fazer e faz tudo e isso cansa, né, fora o administrativo, essa semana eu estava toda programada, (...) mas é uma crítica construtiva para a gente pensar em melhorar né, a reunião hoje, amanhã reunião, não tinha nada dessas reuniões, de uma hora para outra surgiu, aí a gente tem que programar todos os nossos atendimentos (...) (G8)

Ao pesquisar o primeiro ano dos novos gerentes, Hill (1993) percebe um grande desconforto e frustração por parte dos gerentes em se adaptar as atividades, atribuindo suas dificuldades à administração do tempo. A autora observa que a administração de tempo é importante, mas que os gerentes precisavam entender que o ritmo acelerado, a escassez de tempo e as interrupções são características da atividade gerencial e que seu tempo não poderia ser calmamente planejado e controlado.

Para Ximenes Neto e Sampaio (2007), o enfermeiro, ao dividir-se no trabalho entre a responsabilidade assistencial e gerencial, pode não conseguir dar conta das duas funções como deveria, por uma questão de demanda-tempo, pois as competências gerenciais e assistenciais estão se tornando progressivamente mais complexas na Atenção Básica brasileira. Ramires et. al (2004), ao acompanhar o curso de formação de gerentes, o GERUS, refere que entre as principais dificuldades apontadas pelos gestores para o bom gerenciamento das UBSs seria a sobrecarga de trabalho, especialmente dos enfermeiros, que exercem atividades gerenciais e assistenciais concomitantes.

Ao analisar a micropolítica do processo de gerência, Fracolli e Egry (2001) perceberam que a enfermeira, ao desempenhar o papel gerencial o faz com uma visão idealista e disciplinadora do trabalho em saúde e se frustra e culpa ao perceber que as coisas não acontecem como ela espera.

Em relação à liderança:

(...) tenho dificuldade até para dar ordem, para mandar às vezes eu prefiro fazer, e eu evito trabalhar em unidades estranhas, a maioria até tem preferência, há então a maioria das unidades que eu trabalhei foi pequena e o CAPS, tenho certa dificuldade, na maioria das unidades que eu trabalhei, tem um técnico, um agente, dois agentes e às vezes nem tem... é bem tranquilo, até demais, prefiro quando for para escolher ficar nas unidades pequenas (...) (G2)

(...) então, a gente não recebeu um treinamento para ter essa liderança, para saber olhar o outro, a gente recebe treinamento técnico. Alguém aqui alguma vez foi chamado

para receber um treinamento para gerenciar? Não, a gente recebe treinamento técnico, a gente usa é a nossa habilidade (...) (G3)

Para Mintzberg (2010), a liderança é componente essencial do trabalho do gestor e pode ser exercida sobre indivíduos e equipes. No papel de liderança o gestor energiza os indivíduos a sua volta através da motivação, persuasão, apoio, convencimento, encorajamento e envolvimento, além de fazer o papel de facilitador e educador.

André e Ciampone (2007), comparando a expectativa de competências dos gestores para desenvolver seu trabalho gerencial com a grade de formação dos melhores cursos de gestão em saúde das universidades brasileiras, verifica que os gestores detêm uma visão simplista, voltado para o objeto de suas práticas em comparação com o conjunto de conhecimentos específicos e mais abrangentes dos cursos de gestão, de formas que o grande distanciamento da área dificulta sua avaliação sobre os aspectos que necessita desenvolver.

Para os gestores de UBS em sua autoavaliação das competências gerais, as competências a desenvolver e as desenvolvidas foram:

Quadro 4 - Competências gerais a desenvolver e competências desenvolvidas na autoavaliação dos GUBSs:

Competências a desenvolver	Competências desenvolvidas
Visão Sistêmica, abrangente e de longo prazo	Liderança
Símbolo ou representante da organização	Responsabilidade ética e social
Disseminador de informação ou divulgador dos resultados obtidos	Comunicação eficaz
Trabalhar com planos, ações e resultados	Negociação
Alocação do tempo e do foco	Gerir mudanças e conflitos
	Resolução criativa de problemas

Apesar da comunicação eficaz, negociação e gerir mudanças e conflitos ter sido avaliada pelos gestores como competências desenvolvidas, contraditoriamente, durante o grupo focal, as questões que surgiram como das mais preocupantes foram a comunicação e a gestão de conflitos, como foi relatado abaixo:

(...) a gente fica com um lado assistencial, toda parte administrativa e de gerenciamento e os conflitos internos né, porque lidar com pessoas a gente sabe, a qualquer momento pode surgir um conflito, então sabendo que todos nós trabalhamos juntos né, às vezes surgem conflitos, que fica de cara virada para o outro, a gente tem de ter um jogo de cintura para lidar com isso, acho que seria, mais assim, **a maior dificuldade** (...) (G4) (destaque da autora)

(...) realmente a gente tem essa questão, esse conflito de estar gerenciando a unidade, gerenciando funcionários, gerenciando conflito de paciente, gerenciando conflito de prefeitura, burocracia, realmente a gente fica bastante sobrecarregado, às vezes a gente vem sem preparação né, vai para unidade e te vira, então é complicado, essa parte mesmo é muita coisa para aprender em pouco tempo para gerenciar e são vidas né (...) (G5)

(...) eu sou enfermeira, a gerência estava me sugando muito, e a parte assistencial está ficando a desejar, tive que tomar algumas providências que eu nunca tinha feito como enfermeira, então eu tive que sentar, chamar dois profissional [sic], frente a frente, para conversar sobre essas questões de conflitos internos, isso suga muito o profissional de enfermagem, lidar com a demanda da população, prestar o nosso cuidado assistencial a gente tem que ficar ainda resolvendo conflitos internos, é uma parte da gerência que eu acho assim, **muito complicada** (...) (G8) (destaque da autora)

E também assim, gestão de pessoas é **complicado**, bem complicado essa questão do agente comunitário, porque às vezes tu vai lá e cobra, há o que o agente comunitário tem que fazer, vai lá e olha as atribuições dele né, se apresenta aquelas atribuições, não é feito um terço daquilo ali, aí tu cobra, vai fazer o quê, dar uma advertência, aí fulano entra em contato com o sindicato, o sindicato diz que é tu que tá [sic] fazendo errado, a secretaria diz que é para pedir uma coisa, o sindicato diz que é para pedir outra, o agente comunitário vai fazer outra, enfim, é assim né. (G2) (destaque da autora)

(...) gestão de pessoas é **muito complicado** porque além de você querer resolver a questão do serviço, hoje eu estou lá na minha unidade com uma que está mal com o marido em casa, que tem um problema familiar, que não sabe onde vai deixar a filha de três anos, aí outra que foi no médico, estava lá na unidade, mas assim estava ruim, com enjoo, passando mal, depois tu vai [sic] pra casa, são pessoas assim, ficam doentes, têm problemas familiares, têm filhos, aí a gente tem que cobrar o serviço, mas a gente também tem que entender, porque nós às vezes passamos por isso (...) (G10) (destaque da autora)

Hill (1993), ao realizar o acompanhamento das atividades dos novos gerentes (o primeiro ano da gerência), que é uma situação similar a muitos dos gestores que participaram desta pesquisa, verificou que os mesmos negligenciavam parte importante do seu papel, que é a responsabilidade pela gestão de pessoas, empobrecendo sua atuação na organização da agenda e formação de redes. Os gerentes pesquisados pela autora não apreciavam serem mais responsáveis por pessoas que por tarefas e queixavam-se que a responsabilidade pelo pessoal exige excessivamente tempo e energia.

Na avaliação dos subordinados é fundamental que os gestores busquem o desenvolvimento do trabalhador, não somente como produtor, mas como pessoa, garantindo reconhecimento, desenvolvimento na carreira e bem-estar psicológico. Além disso, se o gestor dedicar tempo suficiente na relação com os que estão fora da unidade, conflitos potenciais podem ser evitados. Na avaliação dos superiores, o trabalho do gerente é gerir expectativas muitas vezes conflitantes, sendo que o foco do seu trabalho são as pessoas, não as tarefas. (HILL, 1993)

Os achados de Hill (1993) são corroborados pela pesquisa de André e Ciampone (2007), que mostram que 70% dos gestores são focados em tarefas, 23% em pessoas e apenas 7% em tarefas e pessoas, demonstrando dificuldade no entendimento do papel do gestor, na medida que estudos demonstram que os gestores mais eficazes passam a maior parte do tempo administrando pessoas e tomando decisões em relação a elas.

Para Merhy e Onocko (1997) são as tecnologias leves os principais instrumentos da caixa de ferramentas da gestão, entre elas a capacidade de se abrir aos ruídos analisadores (conflitos) inerentes ao processo de trabalho da gestão, que traz informações importantes à ação em saúde.

Em relação à negociação, Campos Lico (2005), em sua pesquisa sobre o papel do GERUS na formação dos gerentes para a Atenção Básica, verifica que esse foi um dos grandes ganhos do curso, na medida em que possibilitou aos alunos gestores perceber a negociação como um papel essencial ao trabalho do gestor, o que significa buscar consenso e assumir riscos na relação com o sistema de saúde, mas também com as equipes e usuários.

Roquete (2012), em sua pesquisa realizada sobre gestores de uma cooperativa médica, verifica que entre os cooperados a capacidade de escuta e o “jogo de cintura”, características da competência de negociação, são considerados como muito relevantes para a organização.

Na presente pesquisa, em relação às competências específicas, os resultados globais do questionário de autoavaliação foram:

Tabela 11 – Resultado global da autoavaliação dos GUBSs para componentes específicos:

Crítérios de avaliação	Número	Percentual
Não Desenvolvida	16	2
Pouco Desenvolvida	179	18
Médio Desenvolvida	503	50
Muito Desenvolvida	316	30

Observa-se que 80% dos componentes avaliados das competências específicas para a gestão de unidades básicas estão mediamente ou muito desenvolvidas. Somente 20% dos componentes são considerados como competências específicas para gestão de unidades básicas “Pouco ou Não Desenvolvido”.

Os resultados da autoavaliação dos gestores para competências específicas estão apresentados na tabela abaixo:

Tabela 12 - Autoavaliação das competências específicas dos GUBSs:

Componentes	Não	Pouco	Médio	Muito				
Conhecimentos das pessoas sob sua responsabilidade	0	0%	5	14%	8	23%	22	63%
Conhecimento do processo de trabalho em equipe na Atenção Básica	0	0%	7	20%	17	49%	11	31%
Ser capaz de desenvolver o trabalho em equipe na Atenção Básica	0	0%	0	0%	25	71%	10	29%
Ser capaz de promover e manter bom relacionamento com equipe e usuários	0	0%	0	0%	15	43%	20	57%
Que privilegie o trabalho em equipe	0	0%	1	3%	14	40%	20	57%
Conseguir levar as reivindicações da equipe e usuários aos superiores de forma eficiente	0	0%	9	26%	19	54%	7	20%
Conhecer as políticas públicas em geral e de saúde	1	3%	5	14%	19	54%	10	29%
Conhecer a política de Atenção Básica nacional, estadual e municipal	1	3%	5	14%	18	51%	11	31%
Conhecer a missão e os objetivos da instituição de saúde na qual está inserido	3	9%	8	23%	15	43%	9	26%
Conhecer os serviços desenvolvidos nas UBS	0	0%	2	6%	10	29%	23	66%
Conhecimento do perfil epidemiológico da área da abrangência da UBS	1	3%	10	29%	12	34%	12	34%
Conhecimento dos sistemas de informação que são alimentados pela Atenção Básica	0	0%	6	17%	19	54%	10	29%
Conhecimentos de normas e procedimentos próprios da AB	0	0%	3	9%	19	54%	13	37%
Conhecer a tecnologia da carteira de serviços e do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na AB	0	0%	11	31%	17	49%	7	20%
Conhecimentos de avaliação dos serviços de saúde	1	3%	10	29%	23	66%	1	3%
Conhecimento dos sistemas de informação próprios da Atenção Básica (SIAB, E-SUS, PMAQ)	2	6%	10	29%	18	51%	5	14%
Conhecimento sobre planejamento nos serviços de saúde	0	0%	9	26%	22	63%	4	11%
Coordenar o planejamento na UBS	0	0%	4	11%	27	77%	4	11%
Conhecer ambiência na Atenção Básica	1	3%	6	17%	19	54%	9	26%
Estar atento à ambiência de sua unidade básica de saúde	0	0%	6	17%	20	57%	9	26%
Conhecimento das instalações físicas	0	0%	2	6%	11	31%	22	63%
Conhecimento dos equipamentos	0	0%	2	6%	9	26%	24	69%
Conhecimentos de materiais de consumo, medicamentos e imunobiológicos.	0	0%	2	6%	13	37%	20	57%
Conhecer sobre políticas, leis e regras de gestão de pessoas/recursos humanos na área da saúde	3	9%	6	17%	21	60%	5	14%
Conhecimento de educação permanente para profissionais de saúde	0	0%	7	20%	21	60%	7	20%
Apoiar e dar suporte às atividades de educação permanente das equipes e categorias profissionais	0	0%	8	23%	17	49%	9	26%
Conhecimento de gestão colegiada/participativa	1	3%	17	49%	15	43%	2	6%
Promover formas de democratização da gestão na Atenção Básica	2	6%	12	34%	17	49%	4	11%
Desenvolver iniciativas de autonomia para equipes e usuários	0	0%	6	17%	23	66%	6	17%

Observa-se no quadro abaixo que os “componentes a desenvolver”, que tiveram maior percentual de resposta “Não ou Pouco Desenvolvida” (igual ou acima de 20%) e os “componentes desenvolvidos”, respostas “Médio e Muito Desenvolvida” (acima de 80%) foram:

Quadro 5 – Componentes a desenvolver e componentes desenvolvidos:

Componentes a desenvolver	Componentes desenvolvidos
Conhecimento do processo de trabalho em equipe na Atenção Básica Conseguir levar as reivindicações da equipe e usuários aos superiores de forma eficiente Conhecer a missão e os objetivos da instituição de saúde na qual está inserido Conhecimento do perfil epidemiológico da área da abrangência da UBS Conhecer a tecnologia da carteira de serviços e do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na AB Conhecimentos de avaliação dos serviços de saúde Conhecimento dos sistemas de informação próprios da Atenção Básica (SIAB, E-SUS, PMAQ) Conhecimento sobre planejamento nos serviços de saúde Conhecer ambiência na Atenção Básica Conhecer sobre políticas, leis e regras de gestão de pessoas/recursos humanos na área da saúde Conhecimento de educação permanente para profissionais de saúde Apoiar e dar suporte às atividades de educação permanente das equipes e categorias profissionais Conhecimento de gestão colegiada/participativa Promover formas de democratização da gestão na Atenção Básica	Conhecimentos das pessoas sob sua responsabilidade Ser capaz de desenvolver o trabalho em equipe na Atenção Básica Ser capaz de promover e manter bom relacionamento com equipe e usuários Que privilegie o trabalho em equipe Conhecer as políticas públicas em geral e de saúde Conhecer a política de Atenção Básica nacional, estadual e municipal Conhecer os serviços desenvolvidos nas UBS Conhecimento dos sistemas de informação que são alimentados pela Atenção Básica Conhecimentos de normas e procedimentos próprios da AB Coordenar o planejamento na UBS Estar atento à ambiência de sua unidade básica de saúde Conhecimento das instalações físicas Conhecimento dos equipamentos Conhecimentos de materiais de consumo, medicamentos e imunobiológicos. Desenvolver iniciativas de autonomia para equipes e usuários

Para os gestores de UBS, em sua autoavaliação das competências específicas, as competências a desenvolver e as desenvolvidas foram:

Quadro 6 - Competências a desenvolver e competências desenvolvidas:

Competências a desenvolver	Competências desenvolvidas
Conhecedor da organização	Desenvolver o trabalho em equipe
Coordenar o monitoramento e o planejamento	Ter competência política
Gestão de pessoas	Gestão de recursos

Observa-se que não há diferença significativa entre o percentual encontrado de componentes a desenvolver e componentes desenvolvidos entre as competências gerais e específicas.

Em relação às competências gerais e específicas, chama atenção como maior percentual os componentes “a desenvolver”: participar das definições das políticas para o setor que está inserido (49%); representar a organização em encontros, fóruns e atividades (46%); desenvolver formas de divulgar à comunidade e aos superiores os resultados obtidos (43%); conhecimento de gestão colegiada e participativa (51%); e promoção de formas de democratização da gestão (40%).

No grupo focal muitas falas remetem às dificuldades dos gestores de UBSs de participar das definições políticas para o setor que está inserido, de divulgar aos superiores seus resultados e demandas e de vivenciar formas mais democráticas de gestão:

(...) até coloquei algumas coisas ali na pauta, e eu falei, não, nessa reunião eu vou falar, vou falar porque vou para lá e fico sentada também, a gente também tem que falar né, a gente tem um monte de coisa para resolver, e a gente só fica escutando, escutando, escutando, a gente tem que se manifestar também (...) (G1)

(...) uma coisa que eu percebo nas reuniões, vocês fazem isso, isso e aquilo, mas eles não perguntam o que vocês pensam disso, não tem, marcam uma reunião em cima da outra, trocando de horário às vezes, só impõem né (...) (G6)

(...) quando começaram com essa história de agendamento, né, que a gente iria conversar que ele iria botar o agendamento para sexta-feira, aí estava todo mundo meio alvoraçado, quando vai ter reunião com o secretário a gente acha que iria poder fazer reunião, iriam fazer tudo, daí chegou na hora, só eles falaram, não deu tempo de ninguém falar e já estourou (...) (G9)

(...) então essas coisas que não é [sic] falado nas reuniões né, eu acho que é isso, que a gente tem que conversar o processo de trabalho, como é que a gente está fazendo cada coisa, tem gente fazendo coisa muito legal e a gente não está sabendo, às vezes que têm essas reuniões pequenas assim que a gente começa a conversar esconde, tem enfermeiro fazendo coisa que merece troféu e tem coisa muito boa sendo feito [sic] e a gente não consegue um conversar com o outro e falar essas coisas (...) (G1)

Para Hill (1993), ao analisar o esforço empreendido pelos novos gerentes para motivar os subordinados, refere que os mesmos compreenderam que se os subordinados fossem consultados sobre o assunto e contribuíssem com a decisão, haveria maior comprometimento em implementar as mudanças decididas em conjunto.

Para Cecilio (2010), os colegiados de gestão são o espaço onde os temas de autoridade, de poder e o controle da decisão estão presentes. Como um espaço fortemente político, mais que um mero arranjo administrativo-burocrático, o colegiado de gestão é condição necessária, porém não necessariamente suficiente, de garantir modos mais compartilhados e democráticos de gestão das UBSs.

Peduzzi et al. (2011), avaliando o papel da gerência das UBSs para o desenvolvimento do trabalho em equipe, considera que a composição de instrumentos como espaço de trocas e diálogo entre os profissionais, vínculo entre profissionais e usuários, autonomia das equipes e responsabilização pelo próprio processo de trabalho exige dos gestores uma ação intensamente comunicativa e de cogestão.

A característica do trabalho na Atenção Básica, conformada em equipes, exige para a adequada coordenação das ações executadas e serviços prestados, necessitando de comunicação

e interação constante entre os profissionais. Peduzzi et al. (2011) refere que a literatura nacional e internacional converge no entendimento que a comunicação é condição *sine qua non* para o trabalho da equipe.

Uma das gestoras deu um exemplo de formas de divulgar os resultados obtidos e as ações realizadas na Unidade, mas que não conseguiu dar continuidade pela falta de apoio da gestão:

(...) aí quando eu cheguei aqui, eu também tentei fazer o jornal, um processo simples aí e com aquelas informações ali a gente divulgava horário de Cartão SUS, agendamento médico, telefone da unidade, dia de preventivo, telefone da unidade, evento grupo, tudo naquele jornalzinho e a gente fazia todo mês também, só que também é aquele negócio, tu está [sic] fazendo depois do horário, vai tentar imprimir, mais força de vontade do que alguma coisa que alguém desse valor, (...) só que aí em Criciúma é assim, eu entrei há pouco tempo, fiz poucas vezes, mas é uma coisa que dá muito resultado assim, diminui demanda de telefone, que às vezes a pessoa liga para perguntar que dia, quando que tenho que coletar preventivo, quando não sei o que, assim diminui a demanda das informações, é muito legal mesmo, agora a gente parou por causa do período eleitoral, eu também não tinha respaldo nenhum aqui (...)

Em relação às competências gerais e específicas, chama a atenção com maior percentual “componentes desenvolvidos”: ser ético com a equipe, superiores e usuários (100%); ser e demonstrar humildade (100%); ser aberto ao diálogo (100%) e ser aberto à negociação (100%); ser capaz de desenvolver o trabalho em equipe na Atenção Básica (100%) e ser capaz de promover e manter bom relacionamento com equipe e usuário (100%).

Uma das maiores dificuldades apontadas no grupo focal por parte dos gestores foi a comunicação eficaz e a gestão dos conflitos; no entanto, eles se auto avaliaram como abertos ao diálogo e à negociação. Esta contradição presente entre as falas e o questionário pode significar dificuldades em relação ao método de pesquisa ou ainda dificuldade do gestor em enxergar em si limitações que resultem na dificuldade de lidar com o outro.

Santana (1993) aponta o “processo permanente de negociação coletiva do trabalho” como forma de superar o desafio da a gestão do trabalho em serviços de saúde na perspectiva da gerência. Para Lazarotto (2001), um dos papéis fundamentais do gerente é o de relacionar-se com as pessoas, comunicar-se com a equipe, sempre aberto ao diálogo e à negociação para alcançar concordância do grupo.

5.3.COMPETÊNCIAS GERAIS E ESPECÍFICAS DOS GUBS REALIZADAS PELOS TRABALHADORES

Os resultados globais do questionário de avaliação das competências gerais dos gestores avaliada pelos trabalhadores serão apresentados em tabela abaixo:

Tabela 13 - Frequência das competências gerais dos GUSBs realiaada pelos trabalhadores:

FREQUÊNCIA TOTAL DOS COMPONENTES		
Não Desenvolvida	5	0%
Pouco Desenvolvida	69	6%
Médio Desenvolvida	364	30%
Muito Desenvolvida	775	64%

Observa-se que 94% das respostas dos trabalhadores considera que os Gestores de UBSs estão com os componentes das competências “mediamente ou muito desenvolvidos”. Somente 6% dos trabalhadores consideraram que as componentes gerais das competências dos seus Gestores de UBSs são “Não ou Pouco Desenvolvida”.

Os resultados dos componentes gerais avaliados pelos trabalhadores estão apresentados na tabela abaixo:

Tabela 14 - Resultado dos componentes gerais dos GUBSs realizados pelos trabalhadores:

Componentes	Não	Pouco	Médio	Muito
Conhecimento de gerência e liderança	1 2%	2 4%	16 36%	26 58%
Ser líder com a equipe e a comunidade	1 2%	5 11%	12 27%	27 60%
Que consiga pensar e planejar em longo prazo	0 0%	6 13%	17 38%	22 49%
Participar das definições das políticas para o setor no qual está inserido	0 0%	4 9%	21 47%	20 44%
Representar a organização em encontros, fóruns e atividades	1 2%	4 9%	14 31%	26 58%
Ser ético com a equipe, superiores e usuários	0 0%	1 2%	4 9%	40 89%
Ser justo com sua equipe, superiores e usuários	0 0%	1 2%	10 22%	34 76%
Ser humilde e demonstrar humildade	0 0%	1 2%	9 20%	35 78%
Que saiba aceitar críticas	0 0%	2 4%	11 24%	31 69%
Ser capaz de comunicar-se de forma adequada com a equipe e usuários	0 0%	3 7%	6 13%	36 80%
Ser aberto ao diálogo	0 0%	1 2%	6 13%	38 84%
Saber escutar	0 0%	2 4%	6 13%	36 80%
Ser capaz de motivar a equipe	1 2%	2 4%	14 31%	28 62%
Conhecer formas de acesso aos meios de comunicação de massa para divulgar o trabalho	0 0%	5 11%	22 49%	18 40%
Desenvolver formas de divulgar à comunidade e aos superiores os resultados obtidos	0 0%	4 9%	23 51%	18 40%
Ser capaz de usar o planejamento como prática gerencial	0 0%	2 4%	14 31%	29 64%
Ser capaz de reservar tempo na agenda para questões estratégicas da organização	1 2%	1 2%	22 49%	21 47%
Conseguir focar atenção nas questões estratégicas	0 0%	3 7%	20 44%	22 49%
Ser capaz de negociar com superiores, pares, trabalhadores e usuários	0 0%	1 2%	16 36%	28 62%

Ser aberto à negociação	0	0%	2	4%	8	18%	35	78%
Que seja flexível nas decisões	0	0%	2	4%	13	29%	30	67%
Ser aberto às mudanças	0	0%	1	2%	14	31%	30	67%
Que consiga enfrentar as adversidades	0	0%	2	4%	12	27%	31	69%
Mediar conflitos no trabalho entre a equipe e da equipe com a comunidade	0	0%	2	4%	13	29%	30	67%
Saber identificar problemas	0	0%	4	9%	7	16%	34	76%
Saber encontrar solução para os problemas	0	0%	3	7%	11	24%	31	69%
Ser criativo e estimular a criatividade da equipe e dos grupos comunitários	0	0%	3	7%	23	51%	19	42%

Para os trabalhadores das UBSs, na avaliação das competências gerais dos gestores de AB, verificou-se uma concentração de respostas entre o médio e muito desenvolvido, de forma que todos os componentes alcançaram valores acima de 80% de respostas (médio e muito desenvolvido). Sendo assim, todos os componentes foram considerados desenvolvidos, assim como todas as competências. Os componentes com pior avaliação foram: ser líder com a equipe e a comunidade (13%) e que consiga pensar e planejar para longo prazo (13%).

Hill (1993) estudou os novos gerentes sob a ótica dos superiores hierárquicos, autoavaliação dos próprios gerentes e subordinados. Na avaliação realizada pelos subordinados, o conhecimento técnico do produto e da organização, o planejamento e a liderança na organização eram os principais papéis dos novos gerentes, criando assim um contexto no qual os subordinados poderiam desenvolver seu trabalho. Estes resultados coadunam os resultados encontrados nesta pesquisa.

Os resultados globais do questionário de avaliação das competências específicas dos gestores avaliadas pelos trabalhadores serão apresentados em tabela abaixo:

Tabela 15 - Resultado global das competências específicas dos GUBSs realizada pelos trabalhadores:

Escala	Número	Percentual
Não Desenvolvida	6	0
Pouco Desenvolvida	87	7
Médio Desenvolvida	389	30
Muito Desenvolvida	822	63

Observa-se que 93% dos trabalhadores considera que os componentes específicos das competências dos seus gestores de UBSs estão mediantemente ou muito desenvolvidos. Somente 7% dos trabalhadores consideraram que os componentes específicos das competências dos seus gestores de UBSs são “Não ou Pouco Desenvolvido”.

Tabela 16 - Componentes específicos de GUBSs realizada pelos trabalhadores:

Componentes das competências	Não		Médio		Muito			
Conhecimentos das pessoas sob sua responsabilidade	1	2%	2	4%	16	36%	26	58%
Conhecimento do processo de trabalho em equipe na Atenção Básica	0	0%	2	4%	15	33%	28	62%
Ser capaz de desenvolver o trabalho em equipe na Atenção Básica	0	0%	2	4%	12	27%	31	69%
Ser capaz de promover e manter bom relacionamento com equipe e usuários	0	0%	1	2%	6	13%	38	84%
Que privilegie o trabalho em equipe	0	0%	4	9%	17	38%	24	53%
Conseguir levar as reivindicações da equipe e usuários aos superiores de forma eficiente	0	0%	4	9%	10	22%	31	69%
Conhecer as políticas pública em geral e de saúde	0	0%	4	9%	15	33%	26	58%
Conhecer a política de Atenção Básica nacional, estadual e municipal	0	0%	6	13%	16	36%	23	51%
Conhecer a missão e os objetivos da instituição de saúde na qual está inserido	0	0%	2	4%	10	22%	33	73%
Conhecer os serviços desenvolvidos nas UBS	0	0%	1	2%	9	20%	35	78%
Conhecimento do perfil epidemiológico da área da abrangência da UBS	0	0%	3	7%	18	40%	24	53%
Conhecimento dos sistemas de informação que são alimentados pela Atenção Básica	0	0%	3	7%	11	24%	31	69%
Conhecimentos de normas e procedimentos próprio da AB	0	0%	4	9%	11	24%	30	67%
Conhecer a tecnologia da carteira de serviços e do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na AB	0	0%	5	11%	18	40%	21	47%
Conhecimentos de avaliação dos serviços de saúde	0	0%	2	4%	19	42%	24	53%
Conhecimento dos sistemas de informação próprios da Atenção Básica (SIAB, E-SUS, PMAQ)	1	2%	4	9%	9	20%	31	69%
Conhecimento sobre planejamento nos serviços de saúde	0	0%	5	11%	11	24%	29	64%
Coordenar o planejamento na UBS	0	0%	2	4%	11	24%	32	71%
Conhecer ambiência na Atenção Básica	0	0%	3	7%	11	24%	31	69%
Estar atento à ambiência de sua unidade básica de saúde	0	0%	2	4%	12	27%	31	69%
Conhecimento das instalações físicas	0	0%	0	0%	10	22%	35	78%
Conhecimento dos equipamentos	0	0%	2	4%	5	11%	38	84%
Conhecimentos de materiais de consumo, medicamentos e imunobiológicos	1	2%	2	4%	9	20%	33	73%
Conhecer sobre políticas, leis e regras de gestão de pessoas/recursos humanos na área da saúde	0	0%	4	9%	21	47%	20	44%
Conhecimento de educação permanente para profissionais de saúde	0	0%	5	11%	13	29%	27	60%
Apoiar e dar suporte às atividades de educação permanente das equipes e categorias profissionais	1	2%	3	7%	13	29%	28	62%
Conhecimento de gestão colegiada/participativa	1	2%	5	11%	19	42%	20	44%
Promover formas de democratização da gestão na Atenção Básica	1	2%	2	4%	25	56%	17	38%
Desenvolver iniciativas de autonomia para equipes e usuários	0	0%	3	7%	17	38%	25	56%

Para os trabalhadores das UBSs na avaliação das competências específicas dos gestores de AB, verificou-se uma concentração de respostas entre o médio e muito desenvolvido, de forma que todos os componentes alcançaram valores acima de 80% de respostas (médio e muito desenvolvido). Sendo assim, todos os componentes foram considerados desenvolvidos, assim como todas as competências. Os componentes com pior avaliação foram: conhecer a política de Atenção Básica nacional, estadual e municipal (13%) e Conhecimento de gestão colegiada/participativa (13%).

Cecilio (2010) avalia que os colegiados de gestão são locais onde o poder e o controle da decisão estão presentes. Como um espaço fortemente político e de participação, o colegiado de gestão pode garantir modos mais compartilhados e democráticos de gestão das UBSs. Assim, não é de estranhar que parte dos trabalhadores tenham identificado a falta de conhecimento de gestão colegiada e participativa como um problema dos gestores.

Questionando as gestoras de UBSs durante o grupo focal sobre o porquê da avaliação tão positiva por parte dos trabalhadores, mais positiva do que a avaliação do gestor de distrito sanitário e da autoavaliação, elas responderam assim:

(...) elas acham que a gente tá [sic] fazendo além do necessário, eu acho que quanto mais conhecimento a gente tem mais coisas dá pra ser feito e quem mais precisa de mais informação, precisa fazer muito mais coisas que eles não tem essa visão, eles acham que a gente está fazendo muito além, poxa [sic] eu não consigo nem chegar perto então, eu às vezes eu me vejo assim, eu queria fazer tanta coisa e eu não consigo chegar lá eles já olham pra mim e falam assim: mas você já faz tanta coisa, tá bom, não precisa fazer mais do que isso e (...) G13

(...) vejo o que as meninas falaram e observo também que às vezes eles pensam porque é enfermeiro e tal, quando eu cheguei a gente estava sem higienizadora, mas lá tem que limpar e eu ia ajudar a passar pano no chão, essa semana faltava gente na triagem e eu não me importo em ir lá aferir a pressão e ajudar na triagem, na recepção, na farmácia, então eu acho que pra eles isso deve ser bom né, eu acredito que pelo que as meninas falam, tudo mundo faz de tudo né, então eu acho que isso é bacana, que eu penso assim, se tu quer [sic] que a coisa funcione, tu tem [sic] que pegar junto (...) G8

Importante ainda salientar que o processo de escolha dos trabalhadores para a pesquisa se deu por indicação do próprio gerente, o que pode trazer algum viés para a avaliação.

5.4. COMPETÊNCIAS GERAIS E ESPECÍFICAS DOS GUBS REALIZADAS PELOS GESTORES DE DISTRITO SANITÁRIO

Os resultados globais do questionário de avaliação das competências gerais dos gestores avaliada pelos gestores dos Distritos Sanitários (DS) são apresentados na tabela abaixo:

Tabela 17 - Resultado da avaliação global dos componentes gerais dos GUBSs realizada pelos coordenadores de Distrito Sanitário:

Escala	Número	Percentual
Não Desenvolvida	34	3
Pouco Desenvolvida	162	13
Médio Desenvolvida	509	42
Muito Desenvolvida	510	42

Observa-se que 84% dos gestores de DS considera que os componentes gerais das competências dos seus gestores de UBSs estão “mediamente ou muito desenvolvidos”. Somente 16% dos gestores de DS consideraram que os componentes gerais das competências dos seus gestores de UBSs são “não ou pouco desenvolvidos”.

Os resultados dos componentes gerais, avaliados pelos gestores de Distritos Sanitários, estão apresentados na tabela abaixo:

Tabela 18 - Componentes gerais de GUBSs avaliados por gestores de Distritos Sanitários:

Componentes	Não		Pouco		Médio		Muito	
Conhecimento de gerência e liderança	1	2%	6	13%	22	49%	16	36%
Ser líder com a equipe e a comunidade	2	4%	8	18%	19	42%	16	36%
Que consiga pensar e planejar em longo prazo	2	4%	9	20%	17	38%	17	38%
Participar das definições das políticas para o setor no qual está inserido	2	4%	10	22%	18	40%	15	33%
Representar a organização em encontros, fóruns e atividades	1	2%	6	13%	18	40%	20	44%
Ser ético com a equipe, superiores e usuários	1		3	7%	14	31%	27	60%
Ser justo com sua equipe, superiores e usuários	1	2%	2	4%	16	36%	26	58%
Ser humilde e demonstrar humildade	1	2%	3	7%	17	38%	24	53%
Que saiba aceitar críticas	1	2%	4	9%	17	38%	23	51%
Ser capaz de comunicar-se de forma adequada com a equipe e usuários	1	2%	4	9%	18	40%	22	49%
Ser aberto ao dialogo	1	2%	2	4%	19	42%	23	51%
Saber escutar	1	2%	2	4%	17	38%	25	56%
Ser capaz de motivar a equipe	1	2%	10	22%	20	44%	14	31%
Conhecer formas de acesso aos meios de comunicação de massa para divulgar o trabalho	1	2%	8	18%	21	47%	15	33%
Desenvolver formas de divulgar à comunidade e aos superiores os resultados obtidos	2	4%	12	27%	19	42%	12	27%
Ser capaz de usar o planejamento como prática gerencial	2	4%	9	20%	20	44%	14	31%
Ser capaz de reservar tempo na agenda para questões estratégicas da organização	2	4%	7	16%	16	36%	20	44%
Conseguir focar atenção nas questões estratégicas	2	4%	7	16%	19	42%	17	38%
Ser capaz de negociar com superiores, pares, trabalhadores e usuários	1	2%	4	9%	20	44%	20	44%
Ser aberto à negociação	1	2%	4	9%	19	42%	21	47%
Que seja flexível nas decisões	1	2%	5	11%	16	36%	23	51%
Ser aberto às mudanças	1	2%	5	11%	19	42%	20	44%
Que consiga enfrentar as adversidades	1	2%	7	16%	20	44%	17	38%

Mediar conflitos no trabalho entre a equipe e da equipe com a comunidade	1	2%	5	11%	23	51%	16	36%
Saber identificar problemas	1	2%	6	13%	21	47%	17	38%
Saber encontrar solução para os problemas	1	2%	6	13%	23	51%	15	33%
Ser criativo e estimular a criatividade da equipe e dos grupos comunitários	1	2%	8	18%	21	47%	15	33%

Observa-se no quadro abaixo os “componentes a desenvolver” que tiveram maior percentual de resposta “Não ou Pouco Desenvolvida” (igual ou acima de 20%), e os “componentes desenvolvidos” que tiveram respostas “Médio e Muito Desenvolvida” (acima de 80%):

Quadro 7 - Componentes a desenvolver e desenvolvidos dos GUBSs realizada pelos gestores de Distrito Sanitário:

Componentes a desenvolver	Componentes desenvolvidos
Ser líder com a equipe e a comunidade	Conhecimento de gerência e liderança
Que consiga pensar e planejar em longo prazo	Representar a organização em encontros, fóruns e atividades
Participar das definições das políticas para o setor no qual está inserido	Ser ético com a equipe, superiores e usuários
Ser capaz de motivar a equipe	Ser justo com sua equipe, superiores e usuários
Conhecer formas de acesso aos meios de comunicação de massa para divulgar o trabalho	Ser humilde e demonstrar humildade
Desenvolver formas de divulgar à comunidade e aos superiores os resultados obtidos	Que saiba aceitar críticas
Ser capaz de usar o planejamento como prática gerencial	Ser capaz de comunicar-se de forma adequada com a equipe e usuários
Ser capaz de reservar tempo na agenda para questões estratégicas da organização	Ser aberto ao diálogo
Conseguir focar atenção nas questões estratégicas	Saber escutar
Ser criativo e estimular a criatividade da equipe e dos grupos comunitários	Representar a organização em encontros, fóruns e atividades
	Ser capaz de negociar com superiores, pares, trabalhadores e usuários
	Ser aberto à negociação
	Que seja flexível nas decisões
	Ser aberto às mudanças
	Que consiga enfrentar as adversidades
	Mediar conflitos no trabalho entre a equipe e da equipe com a comunidade
	Saber identificar problemas

Para as gestoras das UBSs, durante o grupo focal, a troca constante de gerente de Distrito Sanitário pode estar afetando sua capacidade de divulgar e comunicar seu trabalho aos superiores, componente selecionado como “a desenvolver” pelo gestor de unidade e gestor do Distrito Sanitário.

(...) eu sou enfermeira no município há dois anos e meio né, eu acho que passei por sete gerências, a gente não tem uma gerência concursada, uma pessoa que sempre é a nossa referência que já tá [sic] dando andamento nossa solicitação (...) daquela lista de tudo que precisava, trocou gerente, todo mundo quer resposta né, porque que não arruma a janela, porque o telhado tá [sic] pingando, tá [sic] agora não tem enfermeira é sobrecarregada e a gente não tem um ponto na Secretaria de Saúde, um dia é um, um dia é outro, agora é outro de novo, eu já estou na sétima gerência em dois anos e meio, então quando começa a ganhar um vínculo que a pessoa sai (...), a gente desacredita, acaba desacreditando(...) (G8)

Coloca um profissional que vá [sic] ficar lá, não precisa ser um enfermeiro, sei lá até uma pessoa administrativo [sic], podia estar lá para dar sequências [sic] às nossas rotinas, mas isso eu já falei outras vezes, também falei isso na Secretaria de Saúde, porque a gente acaba perdendo o crédito assim, adianta eu fazer um memorando, uma reunião com o conselho de saúde, postar ali, fazer uma pauta com tudo que eu necessito, se [sic] organizar e tal, tal e mandar, para a gerência vai adiantar? Quando você vai ver já é outro (...) (G9)

Lorenzetti et al. (2014), em pesquisa realizada junto a gestores de serviços de saúde públicos e privados observa que é consenso entre os entrevistados a análise de que a alta rotatividade dos gestores na área da saúde pública dificulta muito o aperfeiçoamento da gestão dos serviços de saúde.

Outros gestores de UBSs refletem a necessidade do apoio e suporte dos gestores de DS:

Eu sinto muita falta de uma roda de discussão e *feedback*, compartilhar experiências, compartilhar como lá funciona, ver o que é positivo, negativo o que poderia estar melhorando, eu sinto falta do feedback da minha gerente pra mim, só que ela nunca vai poder me dar porque ela nunca vai me visitar, nunca foi, mas mesmo assim, eu estou tantos meses aqui, eu quero ouvir de vocês o que a gente pode fazer mais, ou que a gente está melhorando, por isso quando eu sento com alguém individual questiono, a gente tem que saber por que a gente entra numa rotina é acelerada e gente não sabe no que pode estar melhorando, o que será que eu estou fazendo de errado que eu tenho que mudar, e como gerente a gente precisa muito disso, às vezes precisa de uma segunda opinião também (...) (G6)

Mas assim ó, isso depende muito do apoio do gerente superior, se o gerente superior não sabe trabalhar com recursos humanos, como é que nós vamos ter essa capacitação, que é que está te gerenciando, será que sabe te escutar, te chama para conversar e precisando disso para tudo né, tanto recursos administrativos, recursos materiais, recursos emocionais também (...) (G12)

Segundo Ximenes Neto e Sampaio (2007), avaliar o desempenho do gerente no território e estabelecer uma política de apoio as ações dos gerentes é fundamental para o bom desenvolvimento gerencial dos serviços de saúde.

Para os gestores de DS, na avaliação dos gestores de UBS as competências gerais a desenvolver e as desenvolvidas foram:

Quadro 8 – Competências a desenvolver e desenvolvidas dos GUBSs realizada pelos gestores do DS:

Competências a desenvolver	Competências desenvolvidas
Liderança	Símbolo ou representante da organização
Visão sistêmica, abrangente e de longo prazo	Responsabilidade ética e social
Disseminador de informação ou divulgador dos resultados obtidos	Comunicação eficaz
Trabalhar com planos, ações e resultados	Negociação
Alocação do tempo e do foco	Gerir mudanças e conflitos
	Resolução criativa de problemas

Em relação às competências específicas, os resultados globais do questionário preenchido pelos gestores de Distrito Sanitário foram:

Tabela 19 - Resultado da avaliação global dos Componentes Gerais dos GUBSs realizada pelos coordenadores de Distrito Sanitário:

Escala	Numero	Percentual
Não Desenvolvida	49	4
Pouco Desenvolvida	222	17
Médio Desenvolvida	507	39
Muito Desenvolvida	525	40

Observa-se que 79% das respostas dos gestores de DSs sobre os componentes específicos das competências dos Gestores de UBSs estão “mediamente ou muito desenvolvidos”. Outras 21% das respostas dos gestores de DS aos componentes específicos dos Gestores de UBSs consideram que os competentes estão “Não ou Pouco Desenvolvidos”.

Os resultados dos componentes específicos na avaliação dos gestores dos Distritos Sanitários quanto à competência dos gestores de UBSs estão apresentados na tabela abaixo:

Tabela 20 – Componentes específicos de GUBSs avaliado pelos gestores de Distrito Sanitário:

Componentes	Não	Pouco	Médio	Muito				
Conhecimentos das pessoas sob sua responsabilidade	2	4%	1	24%	2	27%	0	44%
Conhecimento do processo de trabalho em equipe na Atenção Básica	1	2%	8	18%	7	38%	9	42%
Ser capaz de desenvolver o trabalho em equipe na Atenção Básica	1	2%	6	13%	1	47%	7	38%
Ser capaz de promover e manter bom relacionamento com equipe e usuários	1	2%	4	9%	8	41%	1	48%
Que privilegie o trabalho em equipe	1	2%	6	14%	7	39%	0	45%

Conseguir levar as reivindicações da equipe e usuários aos superiores de forma eficiente	1	2%	9	20%	0	44%	5	33%
Conhecer as políticas públicas em geral e de saúde	2	4%	8	18%	1	40%	7	38%
Conhecer a política de Atenção Básica nacional, estadual e municipal	1	2%	8	18%	0	44%	6	36%
Conhecer a missão e os objetivos da instituição de saúde na qual está inserido	1	2%	7	16%	3	51%	4	31%
Conhecer os serviços desenvolvidos nas UBS	2	4%	6	13%	8	40%	9	42%
Conhecimento do perfil epidemiológico da área da abrangência da UBS	1	2%	7	16%	9	42%	8	40%
Conhecimento dos sistemas de informação que são alimentados pela Atenção Básica	1	2%	7	16%	7	38%	0	44%
Conhecimentos de normas e procedimentos próprios da AB	2	4%	6	13%	8	40%	9	42%
Conhecer a tecnologia da carteira de serviços e do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na AB	2	4%	7	16%	9	42%	7	38%
Conhecimentos de avaliação dos serviços de saúde	2	4%	8	18%	3	51%	2	27%
Conhecimento dos sistemas de informação próprios da Atenção Básica (SIAB, E-SUS, PMAQ)	2	4%	7	16%	0	44%	6	36%
Conhecimento sobre planejamento nos serviços de saúde	2	4%	8	18%	2	49%	3	29%
Coordenar o planejamento na UBS	2	4%	8	18%	0	44%	5	33%
Conhecer ambiência na Atenção Básica	2	4%	8	18%	8	40%	7	38%
Estar atento à ambiência de sua unidade básica de saúde	2	4%	8	18%	7	38%	8	40%
Conhecimento das instalações físicas	2	4%	7	16%	2	27%	4	53%
Conhecimento dos equipamentos	2	4%	7	16%	2	27%	4	53%
Conhecimentos de materiais de consumo, medicamentos e imunobiológicos	2	4%	8	18%	4	31%	1	47%
Conhecer sobre políticas, leis e regras de gestão de pessoas/recursos humanos na área da saúde	2	4%	0	22%	7	38%	6	36%
Conhecimento de educação permanente para profissionais de saúde	2	4%	8	18%	7	38%	8	40%
Apoiar e dar suporte às atividades de educação permanente das equipes e categorias profissionais	2	4%	8	18%	6	36%	9	42%
Conhecimento de gestão colegiada/participativa	2	4%	9	20%	6	36%	8	40%
Promover formas de democratização da gestão na Atenção Básica	2	4%	9	20%	2	27%	2	49%
Desenvolver iniciativas de autonomia para equipes e usuários	2	4%	9	20%	4	31%	0	44%

Observa-se no quadro abaixo os “componentes a desenvolver” que tiveram maior percentual de resposta “Não ou Pouco Desenvolvida” (igual ou acima de 20%), e os “componentes desenvolvidos” respostas “Médio e Muito Desenvolvida” (acima de 80%):

Quadro 9 – Componentes a desenvolver e componentes desenvolvidos dos GUBSs realizada por gestores do Distrito Sanitário:

Componentes a desenvolver	Componentes desenvolvidos
Conhecimentos das pessoas sob sua responsabilidade	Ser capaz de desenvolver o trabalho em equipe na Atenção Básica
Conhecimento do processo de trabalho em equipe na Atenção Básica	Ser capaz de promover e manter bom relacionamento com equipe e usuários
Conseguir levar as reivindicações da equipe e usuários aos superiores de forma eficiente	Que privilegie o trabalho em equipe
Conhecer as políticas públicas em geral e de saúde	Conhecer a missão e os objetivos da instituição de saúde na qual está inserido
Conhecer a política de Atenção Básica nacional, estadual e municipal	Conhecer os serviços desenvolvidos nas UBS

<p>Conhecer a tecnologia da carteira de serviços e do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na AB</p> <p>Conhecimentos de avaliação dos serviços de saúde</p> <p>Conhecimento dos sistemas de informação próprios da Atenção Básica (SIAB, E-SUS, PMAQ)</p> <p>Conhecimento sobre planejamento nos serviços de saúde</p> <p>Coordenar o planejamento na UBS</p> <p>Conhecer ambiência na Atenção Básica</p> <p>Estar atento à ambiência de sua unidade básica de saúde</p> <p>Conhecimento das instalações físicas</p> <p>Conhecimento dos equipamentos</p> <p>Conhecimentos de materiais de consumo, medicamentos e imunobiológicos</p> <p>Conhecer sobre políticas, leis e regras de gestão de pessoas/recursos humanos na área da saúde</p> <p>Conhecimento de educação permanente para profissionais de saúde</p> <p>Apoiar e dar suporte às atividades de educação permanente das equipes e categorias profissionais</p> <p>Conhecimento de gestão colegiada/participativa</p> <p>Promover formas de democratização da gestão na Atenção Básica</p> <p>Desenvolver iniciativas de autonomia para equipes e usuários</p>	<p>Conhecimento do perfil epidemiológico da área da abrangência da UBS</p> <p>Conhecimento dos sistemas de informação que são alimentados pela Atenção Básica</p> <p>Conhecimentos de normas e procedimentos próprio da AB</p>
---	--

Para os gestores do Distrito Sanitário, avaliando as competências específicas dos gestores de UBS, os resultados foram:

Quadro 10 – Competências específicas a desenvolver e desenvolvidas de GUBSs realizadas por gestores de Distrito Sanitário:

Competências a desenvolver	Competências desenvolvidas
Ter competência política	Desenvolver o trabalho em equipe
Coordenar o monitoramento e o planejamento	Conhecedor da organização
Gestão de recursos	
Gestão de pessoas	

Os componentes gerais e específicos relacionados à importância da gestão de pessoas e o planejamento receberam as maiores pontuações entre os componentes e competências a desenvolver, o que pode ser corroborado na pesquisa de Hill (1993), a qual mostra que na avaliação dos superiores hierárquicos existe a necessidade de um plano bem elaborado e uma agenda a seguir por parte dos novos gestores e, ainda, a conscientização de que a gerência é de pessoas e não de tarefas, de maneira que o gestor só conseguirá implementar seu plano se conseguir uma boa rede de relacionamento com todos os atores que compõem seu trabalho.

5.5.DIFERENÇA ENTRE AVALIAÇÕES QUANTO AOS COMPONENTES E COMPETÊNCIAS DOS GUBS

Observando-se a autoavaliação dos gestores de UBS e a avaliação feita pelos trabalhadores e gestores do Distrito Sanitário, quanto aos componentes e competências do gestor de UBS, verifica-se que na autoavaliação dos gestores e na avaliação dos gestores de Distrito Sanitário há alguns componentes e algumas competências a desenvolver, gerais e específicas, enquanto que para os trabalhadores, todos os componentes e todas as competências estão desenvolvidas.

Comparando as componentes gerais a desenvolver dos três sujeitos da pesquisa observa-se:

Quadro 11 – Componentes Gerais a desenvolver dos três sujeitos da pesquisa:

Auto avaliação Gestor UBS	Trabalhador UBS	Gestor DS
<p>Que consiga pensar e planejar para longo prazo</p> <p>Participar das definições das políticas para o setor que está inserido</p> <p>Representar a organização em encontros, fóruns e atividades</p> <p>Conhecer formas de acesso aos meios de comunicação de massa para divulgar o trabalho Desenvolver formas de divulgar à comunidade e aos superiores os resultados obtidos</p> <p>Ser capaz de usar o planejamento como prática gerencial</p> <p>Ser capaz de reservar tempo na agenda para questões estratégicas da organização</p> <p>Conseguir focar atenção nas questões estratégicas</p> <p>Ser criativo e estimular a criatividade da equipe e dos grupos comunitários</p>		<p>Ser líder com a equipe e a comunidade</p> <p>Que consiga pensar e planejar para longo prazo</p> <p>Participar das definições das políticas para o setor no qual está inserido</p> <p>Ser capaz de motivar a equipe</p> <p>Conhecer formas de acesso aos meios de comunicação de massa para divulgar o trabalho</p> <p>Desenvolver formas de divulgar à comunidade e aos superiores os resultados obtidos</p> <p>Ser capaz de usar o planejamento como prática gerencial</p> <p>Ser capaz de reservar tempo na agenda para questões estratégicas da organização</p> <p>Conseguir focar atenção nas questões estratégicas</p> <p>Ser criativo e estimular a criatividade da equipe e dos grupos comunitários</p>

Em negrito estão destacados os componentes que estão presentes simultaneamente na autoavaliação do gestor e na avaliação do gestor de Distrito Sanitário. Estes componentes são

relativos às competências visão sistêmica, abrangente e de longo prazo; disseminador de informações ou divulgador dos resultados obtidos; trabalhar com planos, ações e resultados; alocação do tempo e do foco e ser criativo.

Percebe-se que os componentes relacionados à competência “responsabilidade ética e social” foram auto avaliados e avaliados pelos superior e inferior hierárquico como desenvolvidos. Roquete (2012), ao avaliar as competências dos gestores da cooperativa de trabalho médico, aponta como fundamental as competências concernentes à ética profissional e pessoal, em especial transparência e honestidade.

Avaliando as competências “a desenvolver” verifica-se que as presentes em pelo menos dois grupos, de acordo com os critérios de inclusão, estão abaixo em negrito:

Quadro 12 – Competências gerais a desenvolver dos três sujeitos da pesquisa:

Autoavaliação do Gestor da UBS	Avaliação do trabalhador	Avaliação do gerente de DS
Visão Sistêmica, abrangente e de longo prazo		Liderança
Símbolo ou representante da organização		Visão Sistêmica, abrangente e de longo prazo
Disseminador de informação ou divulgador dos resultados obtidos		Disseminador de informação ou divulgador dos resultados obtidos
Trabalhar com planos, ações e resultados		Trabalhar com planos, ações e resultados
Alocação do tempo e do foco		Alocação do tempo e do foco

Os gestores, durante o grupo focal, externam as preocupações com a dificuldade de trabalhar com planos, ações e resultados e de alocar tempo e foco de suas ações:

(...) eu venho de uma multinacional, eles respiram gestão assim, tudo é planilha, tudo é controle, tudo é missão de um ponto do protocolo, aí então eu caí numa unidade de saúde sem experiência nenhuma, uma enfermeira há mais tempo disse que iria ficar comigo três dias, então assim, não dormir à noite, não dormia de medo do que eu ia pegar lá, então assim, é uma fase de adaptação, o que eu sinto falta é que lá era tudo estatística, então eu tinha que apresentar dados todo mês, afastado de acidentes, e ali eu não consigo fazer porque a gente fica só apagando incêndio, lá não consegui consulta fala com a enfermeira, não consegui, um dia eu falei na reunião, não somos bombeiros, vou ficar o dia inteiro apagando incêndio, sabe a gente não consegue fazer um relatório de quantos preventivos eu tenho feito no ano, quantos eu tenho alterado, eu não consigo sabe (...) (G10)

(...) a gente fica apagando fogo, não consegue desenvolver uma ação que é importante para que tenha um resultado, aí você fica na função na correria, e realmente não consegue planejar uma coisa a longo prazo (...) Rotina né, é que a gente não tem um planejamento anual né, é, a Secretaria de Saúde não tem um planejamento anual é semanal né (...) (G14)

(...) hoje eu sinto falta disso, porque assim a gente já olhava lá na frente, qual é a campanha que vai ter em Novembro, qual a campanha que vai ter em Outubro, já ia se organizando, hoje não, cada gerente tem que se organizar na unidade de saúde, e conforme ela falou essa coisa de planejamento, e gente fazer levantamento, base de dados, enfim, eu sinto falta disso, eu não consigo planejar, hoje era para mim [sic] estar lá com a minha equipe planejando, eu deixei lá pra elas, meninas, setembro amarelo, ideias, faz levantamento de ideias para a gente planejar o setembro amarelo, nós teríamos que estar lá discutindo o que nós iríamos fazer, assim alguma de ação, e ficou assim vai ficar pra próxima semana pra gente estar planejando [sic] porque no horário de trabalho a gente não consegue, é nossa reunião de equipe para a gente planejar alguma coisa né (...) (G3)

(...) teve uma gestão que foi realizada o planejamento estratégico, tinha reunião nas regionais, aí juntava com o centro comunitário, as unidades ali da regional e até apresentava o planejamento da unidade, mas na prática não continuou, fizeram um ano, foi só no papel mesmo, (...) (G2)

Eu sinto falta nesse momento é um *feedback* nas rodas de discussão mesmo, troca de experiência e uma roda para planejamento, porque não é porque é saúde pública, setor público, que falta o planejamento mesmo, eu também trabalho numa empresa privada hoje, durante o período noturno e assim, é planejamento frequente (...) (G9)

É isso faz bastante falta, eu vim de uma empresa que trabalha muito com isso, é planejamento, estatística, é motivação de funcionário, liderança, então tudo isso faz parte assim do contexto, não adianta só jogar, tem isso pra fazer e se vira, sai como sair, não é porque a saúde pública sempre funcionou desse jeito que tem que continuar né, então eu acho que é o momento de profissionais mesmo passarem estar aqui e a gente cobrar, agora esse é o momento da gente cobrar, e o serviço por fazer sem resultado, é só mais um serviço feito né (...) (G13)

Para Roquete (2012), na avaliação dos gestores de cooperativa médica pelos trabalhadores não médicos, a organização do tempo e do foco da ação é fundamental para o bom exercício da função gerencial e alcance dos resultados dos serviços.

Na presente pesquisa, outra queixa comumente detectada entre os entrevistados foi a dificuldade de obter dados através do prontuário eletrônico utilizado pelo Município de Criciúma, denominado Fly Saúde:

(...) Para mim [sic] conseguir ter o controle dos meus procedimentos, é tudo controle e planilha, ou papel, porque o Fly não nos dá nada, então assim, mamografia, caderno, aí tem que ver no caderno e digitar no computador, preventivo, caderno do preventivo (...) (G10)

E essa coisa do Fly, até hoje eu não sei como tirar um relatório, um por um, gerar procedimento e fazer o relatório (...) (G11)

Tiraram o SIAB, era aquele sisteminha antiguinho, mas tu conseguias visualizar, há como que está tudo mais certinho assim, tinha uma visualização melhor, porque o Fly não dá resposta (...) (G7)

(...) assim como eu vou fazer um plano de ação se o Fly não me dá nada, eu sei que tem bastante coisa escondida lá, e como é que eu vou abordar, como eu vou pensar num plano de ação e fazer se eu não tenho de onde tirar? (...) (G3)

A necessidade de trabalhar com planos, ações e resultados e alocação de tempo e foco que aparecem repetitivamente durante a fase quantitativa da pesquisa e a qualitativa, demonstra a preocupação dos gestores de UBSs em dominar e aplicar medidas que possam organizar minimamente seu processo de trabalho e alcançar resultados possíveis. Para Roquete (2012), algumas das importantes competências observadas pelos gestores de cooperativa de trabalho médico são a habilidade mental e capacidade de trabalhar com tecnologia da informação e planejamento das ações da cooperativa.

Uma alternativa bem consolidada para o planejamento da área da saúde é o Planejamento Estratégico Situacional (PES). Inicialmente desenvolvido para a administração pública por Matus, o planejamento pode ser adaptado para a área da saúde e para a Atenção Básica. Em função do tipo de organização típica da área da saúde, a organização profissional, que possuem entre outras características profissionais com grande autonomia em suas atividades, preponderância do relacional com coordenação do trabalho por ajustamento mútuo e ausência de uma hierarquia rígida, entre outras características, o PES para ser efetivo e aplicável para a área da saúde precisa ouvir os atores intrainstitucionais, como os gestores de unidades básicas, médicos, enfermeiros e demais profissionais. (RIVERA; ARTMANN, 2012; TEIXEIRA, 2010)

Outros autores convergem na adaptação do PES para a área da saúde como uma estratégia de garantir que UBSs, seus gerentes e profissionais sejam envolvidos nas ações de planejamento e no alcance dos resultados. (ANDRÉ; CIAMPONE, 2007; BARBIERI; HORTALE, 2005; FERREIRA, 2004; FRACOLLI; MAEDA, 2000)

Comparando os componentes específicos dos três sujeitos da pesquisa observa-se:

Quadro 13 – Componentes específicos a desenvolver dos três sujeitos da pesquisa:

Autoavaliação Gestor UBS	Trabalhador UBS	Gestor DS
<p>Conhecimento do processo de trabalho em equipe na Atenção Básica Conseguir levar as reivindicações da equipe e usuários aos superiores de forma eficiente</p> <p>Conhece a missão e os objetivos da instituição de saúde em que está inserido Conhecimento do perfil epidemiológico da área da abrangência da UBS Conhecer a tecnologia da carteira de serviços e do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na AB Conhecimentos de avaliação dos serviços de saúde</p>		<p>Conhecimentos das pessoas sob sua responsabilidade</p> <p>Conhecimento do processo de trabalho em equipe na Atenção Básica Conseguir levar as reivindicações da equipe e usuários aos superiores de forma eficiente Conhecer as políticas pública em geral e de saúde Conhecer a tecnologia da carteira de serviços e do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na AB Conhecimentos de avaliação dos serviços de saúde</p>

<p>Conhecimento dos sistemas de informação próprios da Atenção Básica (SIAB, E-SUS, PMAQ)</p> <p>Conhecimento sobre planejamento nos serviços de saúde</p> <p>Conhecer ambiência na Atenção Básica</p> <p>Conhecer sobre políticas, leis e regras de gestão de pessoas/recursos humanos na área da saúde</p> <p>Conhecimento de educação permanente para profissionais de saúde</p> <p>Apoiar e dar suporte às atividades de educação permanente das equipes e categorias profissionais</p> <p>Conhecimento de gestão colegiada/participativa</p> <p>Promover formas de democratização da gestão na Atenção Básica</p>		<p>Conhecimento dos sistemas de informação próprios da atenção básica (SIAB, E-SUS, PMAQ)</p> <p>Conhecimento sobre planejamento nos serviços de saúde Coordenar o planejamento na UBS</p> <p>Conhecer ambiência na atenção básica</p> <p>Estar atento à ambiência de sua unidade básica de saúde</p> <p>Conhecimento das instalações físicas</p> <p>Conhecimento dos equipamentos</p> <p>Conhecimentos de materiais de consumo, medicamentos e imunobiológicos.</p> <p>Conhecer sobre políticas, leis e regras de gestão de pessoas/recursos humanos na área da saúde</p> <p>Conhecimento de educação permanente para profissionais de saúde</p> <p>Apoiar e dar suporte às atividades de educação permanente das equipes e categorias profissionais</p> <p>Conhecimento de gestão colegiada/participativa</p> <p>Promover formas de democratização da gestão na Atenção Básica Desenvolver iniciativas de autonomia para equipes e usuários</p>
--	--	---

Em negrito estão destacados os componentes presentes simultaneamente na autoavaliação do gestor e na avaliação do gestor do Distrito Sanitário. Verifica-se que esses componentes dizem respeito a todas as competências específicas dos gestores de AB, que são: desenvolver trabalho em equipe; ter competência política; conhecedor da organização; coordenar e monitorar o planejamento, gestão de recursos e gestão de pessoas.

Avaliando as competências específicas “a desenvolver”, verifica-se que as presentes em pelo menos dois grupos, de acordo com os critérios de inclusão, são aquelas marcadas abaixo em negrito:

Quadro 14 – Competências específicas a desenvolver dos três sujeitos da pesquisa:

Autoavaliação do Gestor da UBS	Avaliação do trabalhador	Avaliação do gerente de DS
<p>Conhecedor da organização</p> <p>Coordenar e monitorar o planejamento</p> <p>Gestão de pessoas</p>		<p>Ter competência política</p> <p>Coordenar e monitorar o planejamento</p> <p>Gestão de recursos</p> <p>Gestão de pessoas</p>

Para facilitar a visualização, coloca-se abaixo a matriz resultado da agregação dos três sujeitos de pesquisa da avaliação das competências gerais e específicas, discriminada em cores: verde para papéis, competências e componentes desenvolvidos; vermelho para papéis, competências e componentes a desenvolver:

Quadro 15 - Matriz de análise final, em verde papéis, competências e componentes gerais avaliados como desenvolvidos; em vermelho papéis, competências e componentes gerais avaliados como a desenvolver:

PAPÉIS	COMPETÊNCIAS	COMPONENTES
INTERPES SOAL	Liderança	Conhecimento de gerência e liderança Ser líder com a equipe e a comunidade
	Visão Sistêmica abrangente e de longo prazo	Que consiga pensar e planejar para longo prazo Participar das definições, das políticas para o setor que está inserido
	Símbolo ou representante da organização Responsabilidade ética e social	Representar a organização em encontros, fóruns e atividades Ser ético com a equipe, superiores e usuários Ser justo com sua equipe, superiores e usuários Ser e demonstrar humildade Que saiba aceitar críticas
INFORMAÇÃO	Comunicação eficaz	Ser capaz de comunicar-se de forma adequada com a equipe e usuários Ser aberto ao diálogo Saber escutar Ser capaz de motivar a equipe
	Disseminador de informação/Divulgação dos resultados obtidos	Conhecer formas de acesso aos meios de comunicação de massa para divulgar o trabalho Desenvolver formas de divulgar à comunidade e aos superiores os resultados obtidos
	Trabalhar com planos ações e resultados	Ser capaz de usar o planejamento como prática gerencial
DECISÃO	Alocação tempo e do foco	Ser capaz de reservar tempo na agenda para questões estratégicas da organização Conseguir focar atenção nas questões estratégicas
	Negociação	Ser capaz de negociar com superiores, pares, trabalhadores e usuários Ser aberto à negociação Que seja flexível nas decisões Ser aberto às mudanças
	Gerir mudanças e conflitos	Que consiga enfrentar as adversidades Mediar conflitos no trabalho entre a equipe e da equipe com a comunidade Saber identificar problemas
	Resolução criativa de problemas	Saber encontrar solução para os problemas Ser criativo e estimular a criatividade da equipe e dos grupos comunitários

Quadro 16 - Matriz de análise final, em verde papéis, competências e componentes específicos avaliados como desenvolvidos; em vermelho, papéis, competências e componentes específicos avaliados como a desenvolver:

PAPÉIS	COMPETÊNCIAS	COMPONENTES	
INTERPESSOAL	Desenvolver trabalho em equipe	Conhecimentos das pessoas sob sua responsabilidade	
		Conhecimento do processo de trabalho em equipe na atenção básica	
		Ser capaz de desenvolver o trabalho em equipe na Atenção Básica Ser capaz de promover e manter bom relacionamento com equipe e usuários Que privilegie o trabalho em equipe	
		Conseguir levar as reivindicações da equipe e usuários aos superiores de forma eficiente	
Ter competência política		Conhecer as políticas públicas em geral e de saúde Conhecer a política de Atenção Básica nacional, estadual e municipal	
INFORMAÇÃO	Conhecedor da organização	Conhecer a missão e os objetivos da instituição de saúde em que está inserido Conhecer os serviços desenvolvidos nas UBS Conhecimento do perfil epidemiológico da área de abrangência da UBS Conhecimento dos sistemas de informação que são alimentados pela Atenção Básica	
		Conhecimentos de normas e procedimentos próprio da AB Conhecer a tecnologia da carteira de serviços e do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na AB Conhecimentos de avaliação dos serviços de saúde	
		Conhecimento dos sistemas de informação próprios da Atenção Básica (SIAB, E-SUS, PMAQ) Conhecimento sobre planejamento nos serviços de saúde	
		Coordenar o planejamento na UBS	
	Coordenar e monitorar o planejamento		Conhecer ambiência na Atenção Básica Estar atento à ambiência de sua unidade básica de saúde
DECISÃO	Gestão de recursos	Conhecimento das instalações físicas Conhecimento dos equipamentos Conhecimentos de materiais de consumo, medicamentos e imunobiológicos. Conhecer sobre políticas, leis e regras de gestão de pessoas/recursos humanos na área da saúde Conhecimento de educação permanente para profissionais de saúde	
		Apoiar e dar suporte às atividades de educação permanente das equipes e categorias profissionais Conhecimento de gestão colegiada/participativa Promover formas de democratização da gestão na Atenção Básica	
		Desenvolver iniciativas de autonomia para equipes e usuários	
	Gestão de pessoas		

Analisando os papéis gerenciais quanto às competências gerais e específicas, verifica-se que pelo critério de inclusão entre as competências gerais, o papel gerencial que necessita ser desenvolvido é o da informação. Em relação às competências específicas, os papéis gerenciais que necessitam ser desenvolvidos são os de informação e decisão. O papel gerencial interpessoal, para competências gerais e específicas já está desenvolvido.

Conclui-se que, na análise global das competências dos gestores de UBSs do Município de Criciúma, tem-se como competências a desenvolver: visão sistêmica; disseminador; trabalhar com planos; alocação de tempo; coordenar e monitorar o planejamento e gestão de pessoas, que fazem parte dos papéis gerenciais de informação e decisão.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As Unidades Básicas de Saúde no Brasil formam uma rede de serviços de saúde que atende regularmente mais de 150 milhões de brasileiros e possuem a capilaridade de estarem presentes em todos os municípios do país, numa relação de uma unidade básica para cada 5 mil pessoas. O escopo de serviços ofertados pelas unidades básicas vem se sofisticando e complexificando, com atuação de outras equipes de profissionais, para além das equipes de saúde da família ou equipes básicas de saúde.

Este processo de agregação de serviços pelas unidades básicas e reconhecimento das UBSs como porta preferencial, ordenadora e organizadora dos serviços de saúde geram um conjunto de demandas políticas, organizativas e de articulação que solicitam a necessidade de um gestor destes serviços, presentes no dia a dia da unidade. Para que este gestor tenha êxito nas atividades de gerência das UBSs ele precisa possuir um conjunto de competências voltadas para a gestão de serviços de saúde.

Esta pesquisa possuiu como objetivo conhecer quais são as competências necessárias ao gestor de UBSs através de pesquisas já desenvolvidas sobre o tema, construir um modelo de avaliação destas competências alicerçado na bibliografia dos autores Mintzberg, Matus e André, descrever quais são os dados nacionais, catarinenses e criciúmenses dos gestores de UBSs, e avaliar o perfil e competências dos gestores de UBS do Município de Criciúma inspirado na metodologia de avaliação 360º das competências profissionais.

Refere-se, portanto, a um estudo de caso quali-quantitativo que avaliou o perfil e competências dos gestores de UBSs através de um questionário semiestruturado aplicado a 34 gestores de UBSs, 45 trabalhadores indicados por estes gestores e 5 gestores de distrito sanitário, complementado por um grupo focal com 14 gestores das UBSs. O Município de Criciúma, onde se deu o estudo de caso, é um município do sul do Estado de Santa Catarina, com aproximadamente 204 mil habitantes e uma estrutura de serviços de saúde que se dividem em 5 distritos sanitários, onde funcionam 48 unidades básicas, um hospital prestador e um hospital próprio do município, duas unidades de emergência 24 horas e duas policlínicas.

Dados nacionais, estaduais e municipais do gestor de Unidade Básica de Saúde através dos sistemas de informações nacionais, especialmente o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, demonstram que no Brasil há gestores em 6% dos estabelecimentos em geral e 13% das UBSs; em Santa Catarina há gestores em 5% dos estabelecimentos e 4%

das UBSs; e em Criciúma 1% dos estabelecimentos e 2% das UBSs. Estes resultados apontam para duas possibilidades: ou a maior parte dos estabelecimentos de saúde não possuem gestores ou estes gestores não estão corretamente registrados no sistema de informação. Cabe ressaltar que o registro do gestor de estabelecimento de saúde ou UBSs não é obrigatório e nem vinculado a nenhum tipo de incentivo financeiro por parte dos entes federados. Isto demonstra a necessidade de estimular ou criar políticas específicas para que tenhamos a correta informação sobre estes gestores e de seu perfil profissional.

Os resultados dos perfis dos gestores demonstram que os mesmos têm média de 30,5 anos, variando de 24 a 45 anos; as mulheres correspondem a 76%; são praticamente todos enfermeiros; possuem média de 3 anos no serviço público, com tempo mínimo de 3 meses e máximo de 14 anos como gestor; e 0,7 anos na média e tempo mínimo de 3 meses e máximo de 6 anos como gestor da atual unidade. Estas características dos gestores de Criciúma de serem jovens, mulheres e enfermeiras têm respaldo na literatura e têm relação com a alta rotatividade destes profissionais nos serviços de saúde e em particular no Município de Criciúma, com o recente concurso em que os servidores da saúde, especialmente da Atenção Básica, que anteriormente possuíam contratação em regime precário, foram substituídos por concursados.

Em relação à formação, 26% desses gestores possuem graduação e 74% pós-graduação, sendo que 62% em nível de especialização e 12% de mestrado; 79% finalizaram a graduação entre 2006 e 2013 e 68% finalizaram a pós-graduação entre os anos 2012 a 2016. Entre as pós-graduações mais realizadas estão as de Saúde da Família, com 29%, saúde pública com 17% e gestão em saúde com 17%. Ao perguntar se o gestor fez ou está fazendo algum curso de formação na área de planejamento, organização ou gestão dos serviços de saúde, 32% disseram que sim e 68% disseram que não.

Apesar de possuir um percentual significativo de gestores com pós-graduação, durante o grupo focal, nas falas, ficou evidente a falta de preparação por parte dos gestores para atuarem de acordo com a função, o que pode ser explicado pelo distanciamento e fragilidade dos cursos de pós-graduação em relação à prática dos serviços de saúde e à falta de formação em serviços dos locais onde os gestores atuam. Esta constatação tem respaldo na literatura, pois os livros e artigos citados repetidamente trazem esta dificuldade por parte dos gestores.

Em relação à forma de seleção para o cargo, os mesmos relataram que foi imposto, uma vez que são enfermeiros, atuam na assistência e também na gestão e que não recebem nenhum tipo de gratificação pecuniária pelo papel de gestor. Estes achados são corroborados pelo que

está presente na literatura e demonstra o pouco reconhecimento do papel do gestor, na medida em que a escolha não está relacionada ao perfil e competências, e ainda há falta de retorno financeiro por essa atribuição específica.

Em relação à autoavaliação dos gestores sobre suas competências gerais, verificou-se que as competências a desenvolver foram: visão sistêmica, abrangente e de longo prazo; símbolo ou representante da organização; disseminador de informação ou divulgador dos resultados obtidos; trabalhar com planos, ações e resultados; alocação do tempo e do foco.

Apesar de ter sido considerada uma competência desenvolvida, o “conhecimento de gerência e liderança”, durante o grupo focal, foi apontado como uma das dificuldades na fala dos gestores. Esta dificuldade de identificar o *gap* (necessidade) de competências, ou de avaliá-las de forma simplista é corroborada pela literatura, uma vez que os autores apontam que não é incomum os gestores acharem que são competentes para a função por serem competentes como contribuidores individuais.

Comunicação eficaz, negociação e gerir mudanças e conflitos também foram avaliados pelos gestores como competências desenvolvidas. Contraditoriamente, durante o grupo focal, as questões que surgiram como as mais preocupantes foram exatamente a comunicação e a gestão de conflitos, presentes nas falas. Esta avaliação corrobora o que apresenta a literatura, uma vez que muitos gestores focam suas atividades nas tarefas, enquanto que estudos demonstram que os gestores mais eficazes são aqueles que se focam nas pessoas.

Na avaliação de competências através do questionário e também do grupo focal, as seguintes competências foram avaliadas como a desenvolver: participar das definições políticas para o setor que está inserido, divulgar aos superiores seus resultados e demandas e de vivenciar formas mais democráticas de gestão. Isto é corroborado pela literatura, que demonstra que práticas de cogestão, espaços democráticos de decisão e compartilhamento de poder ainda são muito incipientes nos serviços de saúde.

Em relação à autoavaliação dos gestores sobre suas competências específicas, verificou-se que as competências a desenvolver foram: conhecedor da organização; coordenar o monitoramento e o planejamento e gestão de pessoas.

Uma das maiores dificuldades apontadas no grupo focal por parte dos gestores foi a comunicação eficaz e a gestão dos conflitos; no entanto, eles se autoavaliaram como abertos ao diálogo e à negociação. Esta contradição presente entre as falas e o questionário pode significar

dificuldades em relação ao método de pesquisa ou, ainda, dificuldade do gestor em enxergar em si limitações que resultem na dificuldade de lidar com o outro.

Na avaliação dos gestores realizada pelos trabalhadores das UBSs, verificou-se que de acordo com os critérios utilizados nesta pesquisa, todas as competências gerais e específicas foram consideradas desenvolvidas. Os componentes com pior avaliação foram: ser líder com a equipe e a comunidade; que consiga pensar e planejar para longo prazo; conhecer a política de atenção básica nacional, estadual e municipal e conhecimento de gestão colegiada/participativa. Estes resultados coadunam com os resultados encontrados na literatura, em que a principal expectativa dos trabalhadores está na liderança da equipe, planejamento e garantia de sua participação.

Na avaliação das competências gerais dos gestores de UBSs realizada pelo gestor de distrito sanitário, as competências gerais avaliadas como a desenvolver são: liderança; visão sistêmica, abrangente e de longo prazo; disseminador de informação ou divulgador dos resultados obtidos; trabalhar com planos, ações e resultados; alocação do tempo e do foco. Para as gestoras das UBSs, durante o grupo focal, a troca constante de gerente de Distrito Sanitário pode estar dificultando sua possibilidade de receber apoio e sua capacidade de divulgar e comunicar seu trabalho aos superiores, visão esta corroborada pela literatura, a qual assinala que a alta rotatividade dos profissionais da gestão dos serviços afeta o seu bom desenvolvimento.

Em relação à avaliação das competências específicas dos gestores de UBSs realizadas pelos gestores de Distritos Sanitários, foram consideradas a desenvolver: ter competência política; coordenar o monitoramento e o planejamento; gestão de recursos e gestão de pessoas. Os componentes gerais e específicos relacionados à importância da gestão de pessoas e o planejamento receberam as maiores pontuações entre os componentes e competências a desenvolver na avaliação dos gestores de DS. Isto é corroborado na literatura, uma vez que os gestores mais experientes sabem da importância do planejamento e do foco do trabalho no gestor nas pessoas e não nas tarefas.

Na autoavaliação dos gestores e na avaliação dos gestores sobre o olhar dos gestores do Distrito Sanitário, as competências de trabalhar com planos, ações e resultados e de alocar tempo e foco de suas ações apareceram como a desenvolver. Estas mesmas competências receberam grande destaque no grupo focal com uma significativa preocupação dos gerentes para desenvolver satisfatoriamente seu trabalho. Os autores utilizados como referenciais para

esta pesquisa apontam o planejamento estratégico situacional como uma forma possível e democratizante, adaptada à área de saúde, para realizar o planejamento do setor com a participação dos profissionais e unidades básicas.

Na matriz final de análise das competências dos gestores de Unidades Básicas de Saúde de Criciúma de acordo com a metodologia utilizada, o papel gerencial quanto às competências gerais que necessita ser desenvolvido foi o da informação; em relação aos papéis gerenciais quanto às competências específicas a serem desenvolvidas foram o da informação e o da decisão. O papel gerencial “interpessoal”, para competências gerais e específicas já está desenvolvido.

Conclui-se que, na análise global das competências os gestores de UBSs do Município de Criciúma, têm como competências a desenvolver: visão sistêmica; disseminador; trabalhar com planos; alocação de tempo; coordenar e monitorar o planejamento e gestão de pessoas, que fazem parte dos papéis gerenciais de informação e decisão.

Propõe-se a constituição de políticas nacionais, estaduais ou municipais voltadas para valorização e consolidação da gestão de UBSs. Isto inclui a institucionalização do cargo de gestor de UBSs nas estruturas administrativas municipais, incentivo financeiro para o exercício da atribuição de gestor, reserva de carga horária para as atividades de gestão e nas unidades com maior número de equipes, exclusividade do profissional para o cargo de gestor, seleção de profissionais de acordo com o perfil de gestão para o cargo de gestor.

Recomenda-se também ao Ministério da Saúde, Secretarias de Estado e dos Municípios, bem como a Universidades e cursos de formação em geral, a necessidade de desenvolver ofertas de cursos de especialização e capacitação voltados para o desenvolvimento das competências necessárias aos gestores de UBSs. Avalia-se ainda mais necessário o desenvolvimento de uma equipe potente de apoio institucional nas secretarias municipais de saúde às quais os gestores da UBSs estão subordinados, para que, na resolução dos casos concretos encontrados nos serviços, possam promover educação continuada, reflexão e ampliação do escopo de competências dos gestores das UBSs.

7. REFERÊNCIAS

- ANDRÉ, A. M. **Competência para a Gestão de Unidades Básicas: Percepção do gestor.** Dissertação—São Paulo: Universidade de São Paulo, 2006.
- ANDRÉ, A. M. **Gestão de Unidades Básicas de Saúde e de pessoas: Tendências para a próxima década.** Tese—São Paulo: Universidade de São Paulo, 2010.
- ANDRÉ, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. n. esp, p. 835–840, dez. 2007.
- ANDRÉ, A. M.; CIAMPONE, M. H. T.; SANTELLE, O. Tendências de gerenciamento de unidades de saúde e de pessoas. **Rev Saude Publica**, v. 47, n. 1, p. 158–163, 2013.
- AROUCA, A. S. DA S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva.** Campinas: Universidade Federal de Campinas, 1975.
- ARTMANN, E. **Démarche Stratégique (Gestão Estratégica Hospitalar): um enfoque que busca a mudança através da comunicação e solidariedade em rede.** Tese—Campinas: Unicamp, 2002.
- AZEVEDO, C. DA S. Planejamento e Gerencia no enfoque Estratégico Situacional de Carlos Matus. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 8, n. 2, p. 129–133, 1992.
- AZEVEDO, C. DA S. Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde abordagem da psicossociologia. In: **Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde abordagem da psicossociologia.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
- BARBIERI, A. R. **Eficácia e eficiência gerencial em organização pública de saúde de nível municipal: estudo de caso em Campo Grande, Mato Grosso do Sul.** Tese (Doutor em Ciências na área de Saúde Pública)—Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2003.
- BARBIERI, A. R.; HORTALE, V. A. Desempenho gerencial em serviços públicos de saúde: estudo de caso em Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1349–1356, 2005.
- BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática.** Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2002.
- BERTUSSI, D. C. **Desenvolvimento gerencial em saúde: Limites e Possibilidades.** Dissertação—Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2002.
- BRANDÃO, H. P.; GUIMARÃES, T. DE A. Gestão de competências e gestão de desempenho: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo construto. **RAE**, v. 41, n. 1, p. 9, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de saúde da família: saúde dentro de casa.** Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial.** Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

BRASIL. GM/MS nº 676. Portaria GM/MS nº 676, publicada em 4 de junho de 2003. Cria a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. . 2003 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família, 2001/2002.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais: pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Portaria n 154/SAS/MS, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. 28 jan. 2008.

BRASIL. Portaria 2226 GM/MS, de 18 de setembro de 2009. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família. 18 set. 2009.

BRASIL. Portaria 703 de outubro de 2011 - Estabelecer normas de Cadastramento no CNES das equipes de saúde da família. 2011 a.

BRASIL. Decreto n 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 2011 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 24 ago. 2011 d.

BRASIL. Portaria nº 2.554 de 28 de outubro de 2011. Institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. 29 out. 2011 e.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. 22 out. 2013.

BRASIL. **CnesWeb**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Esfera.asp?VEstado=42>. Acesso em: 4 abr. 2015a.

BRASIL. **CnesWeb**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=42>. Acesso em: 4 abr. 2015b.

BRASIL. **Em parceria com o DAB, UFF abre processo de seleção para Curso de aperfeiçoamento em Gerência de UBS**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2218>. Acesso em: 15 fev. 2017a.

BRASIL. **Nota Técnica**. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuarios/Dropbox/Doutorado/Resultados/Criciuma/NotaTecnicaDAB_CRIC IUMA_SC_420460.htm>. Acesso em: 1 set. 2016b.

BRASIL. **CnesWeb - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=42&VMun=420460&VComp=201605&VUni=02>. Acesso em: 6 jul. 2016c.

BRASIL. **DAB - Atenção Básica - PSF - Saúde da Família - Atenção Primária**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 7 jul. 2016d.

BRASIL. **CnesWeb - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=42>. Acesso em: 2 out. 2016e.

BRASIL. **CnesWeb - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=00>. Acesso em: 27 dez. 2016f.

BRASIL. **CnesWeb - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=42>. Acesso em: 28 dez. 2016g.

BRASIL. **CnesWeb - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=42&VMun=420460>. Acesso em: 28 dez. 2016h.

BRASIL. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 1 out. 2016a.

BRASIL. **Microdados do segundo ciclo PMAQ**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo>. Acesso em: 1 mar. 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cria a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica**. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/570790/pg-45-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-04-06-2003>>. Acesso em: 6 fev. 2014.

BRESSER PEREIRA, L. C. Reflexões sobre a reforma gerencial brasileira de 1995. **Revista do Serviço Público**, v. 4, p. 5–29, 1999.

CALVO, M. C. M. Avaliação da Atenção Básica. **Revista Catarinense de Saúde da Família.**, 2009.

CAMPOS, G. W. DE S. An anti-Taylorist approach for establishing a co-governance model for health care institutions in order to produce freedom and commitment. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 4, p. 863–870, 1998.

CAMPOS LICO, F. M. et al. Percepção de gerentes sobre o papel gerencial em unidades básicas de saúde após capacitação na região sul da cidade de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 1, p. 78–90, 2005.

CARBONE, P. P. et al. **Gestão por competência e gestão do conhecimento**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.

CARVALHO, B. G. et al. Gerência de unidade básica de saúde em municípios de diferentes portes: perfil e instrumentos gerenciais utilizados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 5, p. 907–14, 2014.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI, L. J. A organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Abrasco/Editora da UEL, 2001.

CASTANHEIRA, E. R. L. **Gerencia do trabalho em saúde: Desenvolvimento histórico da administração em saúde nos serviços públicos do estado de São Paulo**. Dissertação—São Paulo: Universidade de São Paulo, 1996.

CASTANHEIRA, E. R. L. A Gerência na Prática Programática. In: **Saúde do Adulto Programa e Ações na Unidade Básica**. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 222–233.

CASTRO, A. L. B. DE; MACHADO, C. V. The federal primary health care politics in Brazil in the 2000's. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 477–506, 2012.

CECILIO, L. C. DE O. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 3, p. 557–566, 2010.

CRICIUMA. **Prefeitura Municipal de Criciúma**. Disponível em: <http://www.criciuma.sc.gov.br/site/sistema/saude/unidades_de_saude-40>. Acesso em: 1 nov. 2016.

CUNHA, C. J. C. DE A. et al. Liderança Transformacional em Unidades Básicas de Saúde. In: **Gestão e Liderança em Unidades Básicas de Saúde**. Florianópolis: Pandion, 2011. p. 140–175.

DA ROS, M. A. **Um drama estratégico: O movimento sanitário e sua expressão num município de Santa Catarina**. Dissertação—Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública, 1991.

DAL POZ, M. R.; PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C. (EDS.). Productividade e desempenho dos recursos humanos nos serviços de saúde. In: **Productividade e desempenho dos recursos humanos nos serviços de saúde**. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud, 1998.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, v. 26, n. 2, p. 8–a, 1992.

ELINA, V. et al. Doctor-managers as decision makers in hospitals and health centres. **Journal of health organization and management**, v. 20, n. 2–3, p. 85–94, 2006.

FERNANDES, L. C. L.; MACHADO, R. Z.; ANSCHAU, G. O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1541–1552, 2009.

FERREIRA, A. S. Competências gerenciais para unidades básicas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 69–76, 2004.

FISCHER, S. D. et al. Competências para o Cargo de Coordenador de Unidade Básica. **Tecnologia de Administração e Contabilidade**, v. 4, p. 117–131, 2014.

FLEURY, S. **Democracia e Inovação na gestão local de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

FRACOLLI, L. A.; EGRY, E. Y. Processo de trabalho de gerência: instrumento potente para operar mudanças nas práticas de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 9, n. 5, p. 13–8, 2001.

FRACOLLI, L. A.; MAEDA, S. T. A gerência nos serviços públicos de saúde: um relato de experiência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 34, n. 2, p. 213–217, 2000.

FRANCO, C. M.; SANTOS, S. A.; SALGADO, M. F. Processo de trabalho. In: PESSOA, L. R.; ARRUDA, E. H. DOS S.; OLIVEIRA, K. R. B. (Eds.). . **Manual do Gerente - Desafios para a Média Gerência em Saúde**. Rio de Janeiro: ENSP, 2011.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55–125.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2007.

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

GUERREIRO, J. V.; BRANCO, M. A. F. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1689–1698, 2011.

GUTIERREZ, P. R.; OBERDIEK, H. Concepções sobre a saúde e a doença. In: ANDRADE, S. M.; CORDONI, L. J.; SOARES, D. A. (Eds.). . **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL/Unesco, 2001. p. 1–26.

HENNING SE; COHEN EL. The competency continuum: expanding the case manager's skill sets and capabilities. **Prof Case Manag**, v. 13, n. 3, p. 127-48-50, 2008.

HILL, L. A. **Novos Gerentes, assumindo uma nova identidade**. São Paulo: Markron Books, 1993.

LAZZAROTTO, E. M.; OTHERS. **Competências essenciais requeridas para o gerenciamento de unidades básicas de saúde**. Dissertação—Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

LOCH, S. **Tornar-se gerente**. Tese—Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2009.

LORENZETTI, J. et al. Gestão em saúde no Brasil: Dialogos com Gestores Públicos e Privados. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 417–425, jun. 2014.

LOURENCO, M. R.; SHINYASHIKI, G. T.; TREVIZAN, M. A. Management and leadership: analysis of nurse manager's knowledge. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 469–473, ago. 2005.

LUCENA, M. D. DA S. **Avaliação de Desempenho**. São Paulo: Editora Atlas S.A, 1995.

MATUS, C. **Adeus, Senhor Presidente Governantes Governados**. São Paulo: FUNDAP, 1996.

MCCONNELL, C. R. The health care professional as a manager: finding the critical balance in a dual role. **The health care manager**, v. 20, n. 3, p. 1–10, mar. 2002.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais. **Revista de APS**, v. 12, n. 2, p. 204–213, 2009.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. Sao Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: Um desafio para o público**. Rio de Janeiro: Hucitec, 1997.

MINTZBERG, H. **Mintzberg on management: inside our strange world of organizations**. Unidet States of America: The Free Press, 1989.

MINTZBERG, H. **Managing: Desvendando o dia a dia da gestão**. Porto Alegre: Bookman, 2010.

MINTZBERG, H. **Criando organização eficazes: estruturas em cinco configurações**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MOHD-SHAMSUDIN F; CHUTTIPATTANA N. Determinants of managerial competencies for primary care managers in Southern Thailand. **J Health Organ Manag**, v. 26, n. 2, p. 258–80, 2012.

MOTTA, P. R. **Desempenho de equipes de saúde**. Rio de Janeiro: OPS, 2001.

MOTTA, P. R. **A Ciência e a Arte de ser Dirigente**. 15. ed. Rio de Janeiro: Record, 2003.

NUNES, E. D. Pós-graduação em saúde coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. **Physis**, v. 15, n. 1, p. 13–38, 2005.

OLIVEIRA, A. **A participação popular nos conselhos populares de saúde no município de Criciúma-SC**. Dissertação—Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

OPAS. **Declaração de Alma-Ata**. Disponível em: <http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm>. Acesso em: 15 maio. 2014.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. DE. Collective health: a “new public health” or field open to new paradigms? **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299–316, 1998.

PANIZZI, M.; SANTOS, P. P. Estratégia Saúde da Família em Santa Catarina - Característica de Implantação e Funcionamento. **Revista Catarinense de Saúde da Família**, v. 3, p. 6–12, 2010.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência dos serviços de saúde: instrumento para construção da prática multiprofissional. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 629–646, 2011.

PINTO, H. A.; SOUZA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde em debate**, v. 38, p. 358–372, Out 2014.

RAMIRES, E. P.; LOURENÇÃO, L. G.; SANTOS, M. R. Gerenciamento em Unidades Básicas de Saúde: conhecendo experiências. **Arq Ciênc Saúde**, v. 11, n. 4, p. 205–9, 2004.

RAUPP, B. **Estudo da cultura organizacional como estratégia na sistematização de uma metodologia gerencial com enfoque na aprendizagem em situação de trabalho**. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2006. Disponível em: <<http://www2.ghc.com.br/gepnet/publicacoes/barbara1.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2014.

REIS, G. G. **Avaliação 360 graus: um instrumento de desenvolvimento gerencial**. São Paulo: Atlas, 2003.

RIVERA, F. J. U. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 12, p. 357–372, 1996.

RIVERA, F. J. U. Análise Estratégica Hospitalar e Projeto Assistencial: a perspectiva de Michel Crémadez e François Grateau. In: **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 312.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. **Planejamento e Gestão em Saúde: conceitos, história e propostas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

ROCHA, B. S. et al. Enfermeiros Coordenadores de Equipe do Programa Saúde da Família: Perfil Profissional. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 17, p. 229–233, 2009.

ROQUETE, F. F. **Identidade e competências profissionais: um estudo com diretores executivos de uma cooperativa de trabalho médico de Minas Gerais**. Tese—Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.

RUTHES, R. M.; CUNHA, I. C. K. O. **Gestão por competências nas instituições de saúde**. São Paulo: Martinari, 2008.

SANTA CATARINA. **Plano Diretor de Regionalização PDR - 2012**. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2012. . Acesso em: 1 set. 2017.

SANTA CATARINA. **Promotoria de Justiça esclarece sobre exoneração de servidores de Criciúma**. Disponível em: <<https://www.mpsc.mp.br/noticias/promotoria-de-justica-esclarece-sobre-exoneracao-de-servidores-de-criciuma>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

SANTANA, J. P. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. n. **CADRUH**, p. 14, 1993.

SANTOS, P. Santa Catarina e a Atenção Básica. **Revista Catarinense de Saúde da Família**, 2009.

SANTRIC MILICEVIC, M. M. et al. Competencies gap of management teams in primary health care. **European Journal of Public Health**, v. 21, n. 2, p. 247–253, 2011.

SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 10, n. 2, p. 47–74, 2001.

SCHUCH, E. **Resgate histórico da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e da Estratégia Saúde da Família - ESF**. [s.l: s.n.].

SOLLA, J. J. S. P. et al. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, p. 495–502, 2007.

SOUZA, M. F. Saúde da Família no Brasil: do programa a política. In: **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

TEIXEIRA, C. Passado, presente e futuro da prevenção. **Revista APS**, v. 5, p. 92–101, 2002.

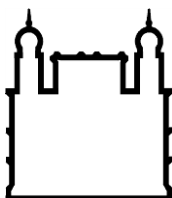
TEIXEIRA, C. **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Bahia: EDUFBA, 2010.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma sanitária do sistema de saúde no Brasil e Programa de Saúde da Família. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, v. 8, p. 225–264, 1998.

WARLICH, B. M. DE S. Reforma administrativa federal: Passado e presente. **Revista de Administração Pública**, p. 27–75, 1974.

XIMENES NETO, F. R. G.; SAMPAIO, J. J. C. Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 60, n. 6, p. 687–695, 2007.

8. APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PARA GESTOR DE UBS



Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Questionário semiestruturado
Perfil e Competência dos Gestores de
Unidades Básicas de Saúde de Criciúma



INSTRUÇÃO PARA PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

Esta é uma pesquisa de Doutorado que pretende trazer para discussão das políticas de saúde a importância do Gestor de Unidade Básica de Saúde (UBS). Para tanto, esta pesquisa pretende analisar o estado da arte das publicações acerca do gestor de Unidade Básica de Saúde, traçar o perfil do gestor e avaliar suas competências tomando como campo de estudo o Município de Criciúma.

Com este propósito, solicito sua participação nesta pesquisa através do preenchimento deste questionário, o qual deverá ser respondido somente por gestores de Unidades Básicas de Saúde do Município de Criciúma que exerçam a gestão mesmo que não exclusivamente, ou seja, aqueles que mesmo que desenvolvam eventualmente alguma atividade clínica na unidade estejam atuando como gerentes.

O questionário está dividido em duas partes: a primeira se refere à caracterização do gestor de Unidades Básicas do Município de Criciúma e a segunda é uma autoavaliação de competências deste gestor. O tempo estimado de resposta do questionário é de 30 minutos.

É muito importante que as respostas sejam precisas e confiáveis. Delas dependerá a qualidade do resultado desta pesquisa, que poderá ser utilizado, futuramente, como subsídio para a elaboração de programas de desenvolvimento gerencial para gerentes de UBSs de Criciúma e outros municípios.

Se restarem dúvidas quanto aos objetivos da pesquisa e/ou o preenchimento do questionário, por favor, entre em contato por e-mail ou telefone com a pesquisadora: Flávia Henrique, Fone (48) 99076226; e-mail: fabflavi@yahoo.com.br

Sua participação é fundamental, mas voluntária.

Agradeço sua colaboração.

PARTE 1

1. Caracterização do Gestor:

- 1.1. Idade: _____anos
- 1.2. Sexo: 1 () Feminino 2 () Masculino
- 1.3. Cargo original: _____
- 1.4. Nome atribuído ao cargo que ocupa: 1 () gerente, 2 () coordenador, 3 () gestor, 4 () chefe.
- 1.5. Tempo no serviço público como gestor: _____ anos
- 1.6. Tempo na gestão da atual unidade: _____ anos
- 1.7. Tempo de serviço público no município: _____ anos
- 1.8. Escolaridade: 1 () nível médio, 2 () superior, 3 () pós-graduação, 4 () mestrado, 5 () doutorado
- 1.9. Graduação em: _____ Ano de conclusão: _____
- 1.10. Pós-graduação em: _____ Ano de conclusão: _____
- 1.11. Recebe alguma gratificação pelo cargo de gestor: () sim () não
- 1.12. Se sim, qual o valor em reais: _____
- 1.13. A forma de seleção para o cargo de gestor foi por concurso: () sim, () não. Se não, como se deu: _____
- 1.14. Qual a sua forma de contratação para atuar como gestor: () Estatutário, () CLT, () Bolsa, () Cargo comissionado, () Contrato informal/verbal, () Contrato temporário, () Cooperado, () Prestação de Serviços, () outras, quais: _____
- 1.15. Qual a carga horária cumprida na unidade: _____ horas
- 1.16. Quantos trabalhadores estão sob sua responsabilidade: _____
- 1.17. Quantas equipes de saúde da família estão sob sua responsabilidade: _____
- 1.18. Este profissional já fez ou está fazendo algum curso nas áreas de planejamento, organização e/ou gestão: () sim () não.
- 1.19. População atendida por sua unidade: _____

PARTE 2

Instruções:

Cada assertiva abaixo corresponde a questões relativas às competências gerenciais. De forma sincera responda às questões de acordo como o desenvolvimento que você alcançou durante sua formação/atuação como gerente, de acordo com a escala nominal: não desenvolvido, pouco desenvolvido, médio desenvolvido e muito desenvolvido.

2. Avaliação das Competências

Competências Gerais	Não desenvolvido	Pouco desenvolvido	Médio desenvolvido	Muito desenvolvido
2.1. Conhecimento de gerencia e liderança				
2.2. Ser líder com a equipe e a comunidade				
2.3. Que consiga pensar e planejar em longo prazo				
2.4. Participar das definições das políticas para o setor no qual está inserido				
2.5. Representar a organização em encontros, fóruns e atividades				
2.6. Ser ético com a equipe, superiores e usuários				
2.7. Ser justo com sua equipe, superiores e usuários				
2.8. Ser humilde e demonstrar humildade				
2.9. Que saiba aceitar críticas				
2.10. Ser afetivo, dando atenção para a equipe e usuários				
2.11. Ser capaz de comunicar-se de forma adequada com a equipe e usuários				
2.12. Ser aberto ao diálogo				
2.13. Saber escutar				
2.14. Ser capaz de motivar a equipe				
2.15. Ser capaz de reservar tempo na agenda para questões estratégicas da organização				
2.16. Conseguir focar atenção nas questões estratégicas				
2.17. Ser capaz de negociar com superiores, pares, trabalhadores e usuários				
2.18. Ser aberto à negociação				
2.19. Que seja flexível nas decisões				
2.20. Ser aberto às mudanças				

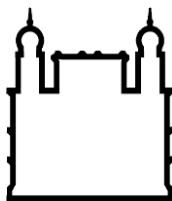
2.21. Que consiga enfrentar as adversidades				
2.22. Mediar conflitos no trabalho entre a equipe e da equipe com a comunidade				
2.23. Saber identificar problemas				
2.24. Saber encontrar solução para os problemas				
2.25. Ser criativo e estimular a criatividade da equipe e dos grupos comunitários				

Conhecimento Específico	Não desenvolvido	Pouco desenvolvido	Médio desenvolvido	Muito desenvolvido
2.26. Conhecimento do processo de trabalho em equipe na Atenção Básica				
2.27. Ser capaz de desenvolver o trabalho em equipe na Atenção Básica				
2.28. Ser capaz de promover e manter bom relacionamento com equipe e usuários				
2.29. Que privilegie o trabalho em equipe				
2.30. Usar empatia com equipes e usuários				
2.31. Conhecer formas de acesso aos meios de comunicação de massa para divulgar o trabalho.				
2.32. Conseguir levar as reivindicações da equipe e usuários aos superiores de forma eficiente				
2.33. Conhecer as políticas públicas em geral e de saúde				
2.34. Conhecer a política de Atenção Básica nacional, estadual e municipal				
2.35. Conhecer a missão e os objetivos da instituição de saúde na qual está inserido				
2.36. Conhecer os serviços desenvolvidos nas UBS				
2.37. Conhecimento do perfil epidemiológico da área da abrangência da UBS				
2.38. Conhecimento dos sistemas de informação que são alimentados pela Atenção Básica				
2.39. Conhecimentos de normas e procedimentos próprio da AB				
2.40. Conhecer a tecnologia da carteira de serviços e do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na AB				

2.41. Desenvolver formas de divulgar à comunidade e aos superiores os resultados obtidos				
2.42. Conhecimentos de avaliação dos serviços de saúde				
2.43. Conhecimento dos sistemas de informação próprios da Atenção Básica (SIAB, E-SUS, PMAQ)				
2.44. Conhecimento sobre planejamento nos serviços de saúde				
2.45. Coordenar o planejamento na UBS				
2.46. Ser capaz de usar o planejamento como prática gerencial				
2.47. Conhecer ambiência na Atenção Básica				
2.48. Estar atento à ambiência de sua unidade básica de saúde				
2.49. Conhecimento das instalações físicas				
2.50. Conhecimento dos equipamentos				
2.51. Conhecimentos de materiais de consumo, medicamentos e imunobiológicos				
2.52. Conhecimentos das pessoas sob sua responsabilidade				
2.53. Conhecer sobre políticas, leis e regras de gestão de pessoas/recursos humanos na área da saúde				
2.54. Conhecimento de educação permanente para profissionais de saúde				
2.55. Apoiar e dar suporte as atividades de educação permanente das equipes e categorias profissionais				
2.56. Conhecimento de gestão colegiada/participativa				
2.57. Promover formas de democratização da gestão na Atenção Básica				
2.58. Desenvolver iniciativas de autonomia para equipes e usuários				

Você tem alguma competência a acrescentar além das descritas acima? Você tem algum comentário a fazer em relação a estas competências? Se sim, descreva abaixo:

9. APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PARA GESTOR DE DISTRITO SANITÁRIO E TRABALHADOR



Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Questionário semiestruturado
Perfil e Competência dos gestores de
Unidades Básicas de Saúde de Criciúma

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

Esta é uma pesquisa de Doutorado que pretende trazer para discussão das políticas de saúde a importância do gestor de Unidade Básica de Saúde (UBS). Para tanto, esta pesquisa pretende analisar o estado da arte das publicações acerca do gestor de Unidade Básica de Saúde, traçar o perfil do gestor e avaliar suas competências tomando como campo de estudo o Município de Criciúma.

Com este propósito, solicito sua participação nesta pesquisa através do preenchimento deste questionário, o qual deverá ser respondido somente por trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde ou superior hierárquico dos gestores de Unidade Básica de Saúde do Município de Criciúma.

O questionário está composto por assertivas para avaliação de competências do gestor de Unidade Básica de Saúde. O tempo estimado de resposta do questionário é de 30 minutos.

É muito importante que as respostas sejam precisas e confiáveis. Delas dependerá a qualidade do resultado desta pesquisa, que poderá ser utilizado, futuramente, como subsídio para a elaboração de programas de desenvolvimento gerencial para gerentes de UBSs de Criciúma.

Se restarem dúvidas quanto aos objetivos da pesquisa e/ou o preenchimento do questionário, por favor, entre em contato por e-mail ou telefone com a pesquisadora: Flávia Henrique, Fone (48) 99076226; e-mail: fabflavi@yahoo.com.br

Sua participação é fundamental, mas voluntária.

Agradeço sua colaboração.

Instruções:

Cada assertiva abaixo corresponde a questões relativas às competências gerenciais. De forma sincera responda às questões de acordo como o desenvolvimento que o gestor de Unidade Básica de Saúde que você está avaliando alcançou durante sua formação/atuação como gerente, de acordo com a escala nominal: não desenvolvido, pouco desenvolvido, médio desenvolvido ou muito desenvolvido.

3. Avaliação das Competências

Competências Gerais	Não desenvolvido	Pouco desenvolvido	Médio desenvolvido	Muito desenvolvido
3.1. Conhecimento de gerência e liderança				
3.2. Ser líder com a equipe e a comunidade				
3.3. Que consiga pensar e planejar em longo prazo				
3.4. Participar das definições das políticas para o setor no qual está inserido				
3.5. Representar a organização em encontros, fóruns e atividades				
3.6. Ser ético com a equipe, superiores e usuários				
3.7. Ser justo com sua equipe, superiores e usuários				
3.8. Ser humilde e demonstrar humildade				
3.9. Que saiba aceitar críticas				
3.10. Ser afetivo, dando atenção para a equipe e usuários				
3.11. Ser capaz de comunicar-se de forma adequada com a equipe e usuários				
3.12. Ser aberto ao diálogo				
3.13. Saber escutar				
3.14. Ser capaz de motivar a equipe				
3.15. Ser capaz de reservar tempo na agenda para questões estratégicas da organização				
3.16. Conseguir focar atenção nas questões estratégicas				
3.17. Ser capaz de negociar com superiores, pares, trabalhadores e usuários				
3.18. Ser aberto à negociação				
3.19. Que seja flexível nas decisões				

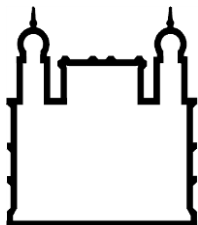
3.20. Ser aberto às mudanças				
3.21. Que consiga enfrentar as adversidades				
3.22. Mediar conflitos no trabalho entre a equipe e da equipe com a comunidade				
3.23. Saber identificar problemas				
3.24. Saber encontrar solução para os problemas				
3.25. Ser criativo e estimular a criatividade da equipe e dos grupos comunitários				

Conhecimento Específico	Não desenvolvido	Pouco desenvolvido	Médio desenvolvido	Muito desenvolvido
3.26. Conhecimento do processo de trabalho em equipe na Atenção Básica				
3.27. Ser capaz de desenvolver o trabalho em equipe na Atenção Básica				
3.28. Ser capaz de promover e manter bom relacionamento com equipe e usuários				
3.29. Que privilegie o trabalho em equipe				
3.30. Usar empatia com equipes e usuários				
3.31. Conhecer formas de acesso aos meios de comunicação de massa para divulgar o trabalho				
3.32. Conseguir levar as reivindicações da equipe e usuários aos superiores de forma eficiente				
3.33. Conhecer as políticas públicas em geral e de saúde				
3.34. Conhecer a política de Atenção Básica nacional, estadual e municipal				
3.35. Conhecer a missão e os objetivos da instituição de saúde na qual está inserido				
3.36. Conhecer os serviços desenvolvidos nas UBS				
3.37. Conhecimento do perfil epidemiológico da área da abrangência da UBS				
3.38. Conhecimento dos sistemas de informação que são alimentados pela Atenção Básica				
3.39. Conhecimentos de normas e procedimentos próprio da AB				

3.40. Conhecer a tecnologia da carteira de serviços e do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na AB				
3.41. Desenvolver formas de divulgar à comunidade e aos superiores os resultados obtidos				
3.42. Conhecimentos de avaliação dos serviços de saúde				
3.43. Conhecimento dos sistemas de informação próprios da Atenção Básica (SIAB, E-SUS, PMAQ)				
3.44. Conhecimento sobre planejamento nos serviços de saúde				
3.45. Coordenar o planejamento na UBS				
3.46. Ser capaz de usar o planejamento como prática gerencial				
3.47. Conhecer ambiência na Atenção Básica				
3.48. Estar atendo à ambiência de sua unidade básica de saúde				
3.49. Conhecimento das instalações físicas				
3.50. Conhecimento dos equipamentos				
3.51. Conhecimentos de materiais de consumo, medicamentos e imunobiológicos				
3.52. Conhecimentos das pessoas sob sua responsabilidade				
3.53. Conhecer sobre políticas, leis e regras de gestão de pessoas/recursos humanos na área da saúde				
3.54. Conhecimento de educação permanente para profissionais de saúde				
3.55. Apoiar e dar suporte às atividades de educação permanente das equipes e categorias profissionais				
3.56. Conhecimento de gestão colegiada/participativa				
3.57. Promover formas de democratização da gestão na Atenção Básica				
3.58. Desenvolver iniciativas de autonomia para equipes e usuários				

Você tem alguma competência a acrescentar além das descritas acima? Você tem algum comentário a fazer em relação a estas competências? Se sim, descreva abaixo:

10. APÊNDICE C – ROTEIRO GRUPO FOCAL



Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública



Guia para o grupo focal
dos gestores de Unidades Básicas de Saúde do Município de Criciúma - Santa Catarina

OBJETIVO GERAL: Discutir as competências dos gestores de Unidade Básica de Saúde de acordo com sua autoavaliação e também a avaliação dos trabalhadores por eles coordenados e de seus superiores hierárquicos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- A importância da gestão da UBS e o papel do gestor.
- A obrigatoriedade, no Município de Criciúma, do gestor ser enfermeiro da equipe.
- A inexistência de gratificação para o exercício da gestão das UBSs em Criciúma.
- A diferença entre o resultado da autoavaliação e avaliação do DS sobre o papel do gestor e avaliação dos trabalhadores.
- Discutir as competências a serem desenvolvidas.
- Discutir quais os nós críticos para atuar de acordo com essas competências.
- Discutir por que alguns gestores têm algumas competências bem desenvolvidas e outras não.
- O que poderia ser feito para desenvolver estas competências.