



UNIVERSIDADE
ESTADUAL de LONDRINA

MARIA CAROLINA BOT BONFIM

**AUTOPERCEPÇÃO DA EQUIPE GESTORA SOBRE O
PREPARO PARA O DESEMPENHO DA FUNÇÃO DE
GESTÃO EM SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO
PORTE**

MARIA CAROLINA BOT BONFIM

**AUTOPERCEPÇÃO DA EQUIPE GESTORA SOBRE O
PREPARO PARA O DESEMPENHO DA FUNÇÃO DE
GESTÃO EM SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO
PORTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elisabete de Fátima
Polo de Almeida Nunes.

Londrina
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Bonfim, Maria Carolina Bot .

Autopercepção da equipe gestora sobre o preparo para o desempenho da função de gestão em saúde em municípios de pequeno porte. / Maria Carolina Bot Bonfim. - Londrina, 2016.
72 f. : il.

Orientador: Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes.

Coorientador: Fernanda de Freitas Mendonça.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2016.

Inclui bibliografia.

1. Recursos humanos em saúde - Teses. 2. Capacitação profissional - Teses. 3. Gestor de saúde - Teses. 4. Gestão de serviços de saúde - Teses. I. Nunes, Elisabete de Fátima Polo de Almeida. II. Mendonça, Fernanda de Freitas. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

MARIA CAROLINA BOT BONFIM

**AUTOPERCEPÇÃO DA EQUIPE GESTORA SOBRE O
PREPARO PARA O DESEMPENHO DA FUNÇÃO DE
GESTÃO EM SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO
PORTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elisabete de Fátima
Polo de Almeida Nunes
Universidade Estadual de Londrina-UEL

Prof^a. Dr^a. Brígida Gimenez Carvalho
Universidade Estadual de Londrina- UEL

Prof^a. Dr^a. Lilian Denise Mai
Universidade Estadual de Maringá- UEM

Londrina, 17 de março de 2016.

AGRADECIMENTOS

- ✓ Agradeço a Deus, por ter me dado força e sabedoria nesta caminhada e por esta oportunidade de crescimento pessoal e profissional.
- ✓ Agradeço às minhas queridas orientadoras Elisabete de Fátima e Fernanda. Quanta admiração, carinho e gratidão tenho por vocês. Profissionais inspiradoras que me incentivaram a buscar sempre o meu melhor, apoiando-me no meu crescimento como pesquisadora e como ser humano. Obrigada pela amizade, alegria, motivação, paciência e dedicação.
- ✓ À professora Brígida Gimenez, pela gentileza, carinho, amizade e inspiração e motivação.
- ✓ À minha família, meus pais José e Irene, meus irmãos Thiago e Fernanda pelo apoio, compreensão, amor e carinho.
- ✓ Às doutorandas Carolina Domingos, Stela Santini e Elisângela Pinafo pela amizade, carinho, apoio e inspiração.
- ✓ Ao grupo de pesquisa GESTSUS que durante estes dois anos de convivência me proporcionaram um crescimento profissional e pessoal magnífico.
- ✓ Às professoras Ana Maria Rigo e Fernanda de Freitas Mendonça que me proporcionaram aprendizados durante o estágio docente que levarei por toda à minha vida.
- ✓ Às minhas amigas Vanessa Fabrini, Ana Cláudia Petryszyn e Camila Ribeiro pela amizade, motivação e carinho.
- ✓ Aos professores do mestrado de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina pelo aprendizado nas disciplinas e também pelas contribuições que deram a pesquisa durante os seminários de Acompanhamento das Dissertações.
- ✓ Aos colegas de mestrado, pelo aprendizado e amizade.
- ✓ À Seção de Pós-Graduação Sandra Lage, Manu e Vitor pela dedicação, atenção e carinho.

“Não existem sonhos impossíveis para aqueles que realmente acreditam que o poder realizador reside no interior de cada ser humano”(Albert Einsten).

BONFIM, Maria Carolina Bot. **Autopercepção da equipe gestora sobre o preparo para o desempenho da função de gestão em saúde em municípios de pequeno porte**. 2016. 72f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

RESUMO

A necessidade de avanços na formação de gestores nos serviços públicos de saúde é assunto de debates há anos. A produção dos serviços de saúde depende, dentre outras questões, da existência de profissionais capacitados e motivados em transformar as práticas em saúde. O objetivo deste estudo foi analisar a autopercepção de preparo da equipe gestora para o exercício da gestão nos municípios de pequeno porte da Macrorregião Norte do Paraná. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e transversal. A população de estudo foi composta por 744 profissionais que integravam a equipe de gestão dos 82 municípios de pequeno porte da 16^a, 17^a, 18^a, 19^a e 22^a Regionais de Saúde do Estado do Paraná. Este estudo é um recorte do projeto denominado *A gestão do trabalho do SUS em municípios de pequeno porte do Paraná a partir do olhar da equipe gestora*. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas presenciais, orientadas por um roteiro estruturado, no período de setembro de 2013 a outubro de 2014. A análise dos dados foi realizada pelo programa EPIINFO, versão 3.5.4, por meio de análise de frequência e fatores associados à autopercepção de preparo pelo teste qui-quadrado. Os resultados revelaram que 40,9% dos gestores possuíam pós-graduação, e a especialização *lato sensu* específica na área de gestão em saúde foi de 4,4%. A atividade de gestão mais referida foi a relacionada aos sistemas de informações (66,9%). A maioria dos gestores não possuía experiência prévia em gestão (74,9%), no entanto, 97,6% deles referiram sentir-se integralmente ou parcialmente preparados para o exercício da função. Em relação ao preparo obtido, do total de entrevistados, 37,2% atribuem aos cursos ofertados pelas regionais de saúde a principal forma de obtenção de preparo para o cargo e 24,7% a experiência do dia-a-dia. Ter nível superior, experiência anterior em gestão, idade abaixo da média (37,8 anos) e ter realizado algum curso como forma de preparo para atuação na gestão foram fatores associados à autopercepção de preparo. Conclui-se que grande parte dos gestores se sente preparado para a atuação na função e isso pode estar relacionado ao fato de a maioria ter formação na área da saúde. A falta de experiência na função de gestão e a pouca formação específica nessa área propicia que a autopercepção de preparo venha das experiências particulares de cada pessoa. Outra possibilidade está no desconhecimento do quanto é complexa a gestão do SUS, de modo que atuam apenas no sentido de reproduzir o modelo hegemônico vigente. Diante disso, investimentos em qualificação e em estratégias de valorização e reconhecimento das funções de gestão são de fundamental importância, pois um dos desafios do SUS é possuir pessoas que tenham qualificação, seja técnica, seja política, para os diversos cargos de gestão.

Palavras-chave: Recursos humanos em Saúde. Capacitação profissional. Gestor de saúde. Gestão de serviços de saúde. Sistema Único de Saúde.

BONFIM, Maria Carolina Bot. **Self-perception of the manager team on the background for the health management function performance in small towns.** 2016. 72p. Dissertation (Masters in Public Health) – State University of Londrina, Londrina, 2016.

ABSTRACT

The need for progress in training managers in public health services is the subject of debate for years. Production of health services depends, among other things, the existence of skilled and motivated professionals to transform health practices. The objective of this study was to analyze the self-perception of background of the manager team for the practice of management in the small towns of northern Paraná Macroregion. This is an exploratory, descriptive and cross-sectional study. The study's population consisted of 744 professionals who were part of the manager team of 82 small towns of the 16th, 17th, 18th, 19th and 22th Health Regional of the State of Parana. This study is part of the project called *The work management of SUS in small municipalities of Paraná from the look of the manager team*. Data were obtained through personal interviews, guided by a structured questionnaire in the period from September 2013 to October 2014. Data analysis was performed by EPIINFO version 3.5.4 through frequency analysis and factors associated connected to the self-perception of background by chi-square test. The results revealed that 40.9% of managers had postgraduate, and the specific Specialization in broad sense in healthcare management area was 4.4%. The most said management activity was related to information systems (66.9%). The majority of managers had no previous experience in management (74.9%), however, 97.6% of them reported to feel fully or partially background for the exercise of the function. Regarding the background obtained, of the total respondents, 37.2% attributed to courses offered by regional health the main way of getting background for the post, and 24,7% the experience of day to day. Having higher education, previous experience in management, below the average age (37.8 years) and have completed a course as a way to background for the management performance were factors associated with self-perception of background. It is concluded that most of the managers feel ready to act in function and it may be related to the fact that most have training in health. The lack of experience in managing function and little specific training in this area provides the self-awareness background of comes from the particular experiences of each person. Another possibility is the lack of knowledge of how complex the management of SUS, so act only in order to reproduce the current hegemonic model. Therefore, investments in qualification and enhancement strategies and recognition of the management functions are of fundamental importance, because one of the SUS challenges is to have people who have qualified technically or politically for the various management positions.

Keywords: Health Manpower . Professional training. Health manager. Health Services Administration . Unified Health System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1** – Mapa das Regionais de Saúde (16ªRS, 17ªRS, 18ªRS, 19ªRS e 22ªRS) da Macrorregião Norte do Paraná, 2015.....19
- Figura 2** – Distribuição dos municípios de pequeno porte das regionais de saúde 16ª, 17ª, 18ª, 19ª e 22ª da região da Macrorregião Norte do Paraná, 2010.....20
- Figura 3** – Tempo de atuação na área da saúde da equipe gestora de saúde dos Municípios de Pequeno Porte pertencentes a 16ª, 17ª, 18ª, 19ª e 22ª Regionais de Saúde da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, 2014.....34
- Figura 4** – Tempo de atuação na função/atividade de gestão da equipe gestora de saúde dos Municípios de Pequeno Porte pertencentes a 16ª, 17ª, 18ª, 19ª e 22ª Regionais de Saúde da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, 201435
- Figura 5-** Distribuição do número de funções/atividades de gestão assumidas por pessoa por regional entre os integrantes da equipe gestora de saúde dos municípios de pequeno porte pertencentes a 16ª, 17ª, 18ª, 19ª e 22ª Regionais de Saúde da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, 201441

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição das modalidades dos cursos de pós-graduação <i>Lato e Strictu Sensu</i> da equipe gestora de saúde nos Municípios de Pequeno Porte pertencentes a 16 ^a , 17 ^a , 18 ^a , 19 ^a e 22 ^a Regionais de Saúde da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, 2014.....	27
--	----

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Perfil da equipe gestora de saúde quanto ao sexo, faixa etária e escolaridade nos Municípios de Pequeno Porte pertencentes a 16^a, 17^a, 18^a, 19^a e 22^a Regionais de Saúde da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, 201425
- Tabela 2** – Distribuição dos cursos de graduação, especialização *Lato e Stricto Sensu* da equipe gestora de saúde nos Municípios de Pequeno Porte pertencentes a 16^a, 17^a, 18^a, 19^a e 22^a Regionais de Saúde da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, 2014.....31
- Tabela 3** - Função/atividade da equipe gestora de saúde exercida nos Municípios de Pequeno Porte pertencentes a 16^a, 17^a, 18^a, 19^a e 22^a Regionais de Saúde da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, 2014.....39
- Tabela 4** – Distribuição da experiência, cargo e tempo de atuação anterior na gestão da equipe gestora de saúde nos Municípios de Pequeno Porte pertencentes a 16^a, 17^a, 18^a, 19^a e 22^a Regionais de Saúde da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, 2014.....44
- Tabela 5** – Distribuição das formas de preparo autorreferido para obtenção de preparo para o cargo da equipe gestora de saúde nos Municípios de Pequeno Porte pertencentes a 16^a, 17^a, 18^a, 19^a e 22^a Regionais de Saúde da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, 2014.....49
- Tabela 6** – Variáveis relacionadas à autopercepção de preparo para o cargo da equipe gestora de saúde nos Municípios de Pequeno Porte pertencentes a 16^a, 17^a, 18^a, 19^a e 22^a Regionais de Saúde da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, 2014 50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
APSUS	Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
DP	Desvio Padrão
EPS	Educação Permanente em Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MPP	Municípios de Pequeno Porte
PSF	Programa de Saúde da Família
RAG	Relatório Anual de Gestão
RS	Regional de Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIPNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização
SISCAT	Sistema de Informação para Acidentes e Doenças do Trabalho
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	18
2.1	Objetivo Geral	18
2.2	Objetivos Específicos.....	18
3	METODOLOGIA	19
3.1	Descrição do estudo	19
3.2	Local de estudo.....	19
3.3	População de estudo	21
3.4	Instrumento de coleta de dados	21
3.5	Tabulação e análise dos dados	22
3.6	Aspectos Éticos	22
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
4.1	Aspectos Sociodemográficos e Escolaridade	23
4.2	Preparo Formal da Equipe Gestora	26
4.3	Experiência na gestão.....	32
4.4	Autopercepção de preparo.....	45
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
	AGRADECIMENTOS	55
	REFERÊNCIAS	56
	APÊNDICES	64
	APÊNDICE A- Entrevista com os secretários de saúde	65
	APÊNDICE B- Formulário de coleta de dados.....	66
	ANEXOS	71
	ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética	72

1 INTRODUÇÃO

A saúde apresentou importantes mudanças no arranjo interfederativo após a Constituição de 1988, com a descentralização político-administrativa, processo que ficou conhecido como municipalização da saúde. Diante disso, a década de 1990 presenciou a passagem de um sistema centralizado para um contexto de descentralização, em que os gestores municipais se tornaram atores fundamentais no campo da saúde tornando-se os principais agentes responsáveis pela gestão da rede de serviços de saúde no país (CASTRO; MACHADO, 2010).

Para avançar na descentralização, foram editadas as Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOBs - SUS). A NOB/96 teve como finalidade repassar o pleno exercício da função de gestão para os municípios e também comprometer-se pela gestão da força de trabalho. Isso significa que, com a NOB/96, o SUS estaria envolvendo, nos municípios, modelos diversos de organização da atenção, com conexões frequentemente complexas entre setores, áreas e tecnologias (BRASIL, 1997).

O processo de descentralização traz para o nível local novas responsabilidades para atender as necessidades da população, além de possibilitar certa redistribuição do poder e fortalecimento da política de saúde municipal, o que tem sido considerado uma experiência importante na área da gestão pública (VANDERLEI, 2005; VASCONCELOS; PASCHE, 2006; VIANA; MACHADO, 2008). Contudo, Paim e Teixeira (2007) ressaltam que esse processo não deve ofuscar a fragilidade do sistema de saúde às mudanças de governos, de gestores e de partidos.

A gestão do sistema de saúde é um conjunto de práticas políticas, técnicas e administrativas, realizadas com a finalidade de assegurar a orientação, o planejamento, a organização e o monitoramento do sistema e dos serviços de saúde em sua totalidade (TEIXEIRA; MOLESINI, 2002).

Segundo Fernandes, Machado e Anschau (2009), os serviços públicos de saúde têm sido cada vez mais alvos de debates, em relação à qualidade de atendimento prestado, acesso e escuta de qualidade, resolução dos problemas identificados e encaminhamentos resolutivos. Desta forma, os municípios devem se apoiar em uma gestão em saúde capaz de atender sob uma perspectiva democrática, participativa, tecnicamente competente e eficiente.

A gestão do SUS é realizada pelos gestores do SUS, que representam cada esfera de governo responsável pelo desenvolvimento das funções do poder executivo na saúde: no âmbito nacional, o Ministro da Saúde; no âmbito estadual, o Secretário de Estado da Saúde, e, no municipal, o Secretário Municipal de Saúde (BRASIL, 2009a). Gestor do SUS é uma figura institucional, responsável pela condução estratégica da organização, que determina políticas e metas para o alcance dos objetivos institucionais (BARRETO, 2006 apud BRASIL, 2009a).

A atuação dos gestores do SUS é orientada por duas dimensões, a política e a técnica. A atuação política se revela em sua relação contínua com diversos grupos e atores sociais, nos diferentes espaços de negociação e decisão existentes, formais e informais. Para que se tenha êxito nos objetivos a serem alcançados na área da saúde, exigem-se o contato e a articulação dos gestores com os demais órgãos governamentais executivos (outros ministérios ou outras secretarias de governo), com outros poderes (legislativo e judiciário), com gestores de outras esferas de governo e com a sociedade civil organizada. Isso faz com que o gestor da saúde integre e coordene uma equipe que tem responsabilidade por um determinado “projeto de governo” com vistas a dar respostas ao chefe de Estado em cada esfera de governo (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2011).

Por outro lado, no nível técnico tem a responsabilidade de direcionar as políticas de saúde conforme as determinações constitucionais e legais do SUS, que formam um dado modelo de política de Estado para a saúde, que não termina no período de um governo. Isso implica na necessidade de sua apropriação de conhecimentos sobre a legislação do SUS, instrumentos de gestão e aspectos relacionados à rede de serviços de saúde. A interação projeto de governo- política de Estado é importante na reflexão sobre a atuação dos gestores do SUS, visto que muitas vezes pode revelar tensões que influenciam a possibilidade de continuidade e consolidação das políticas públicas de saúde (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2011).

Dessa forma, a relação entre o projeto de governo e a política de Estado da saúde, ou seja, a relação entre as dimensões política e técnica, é importante, pois muitas vezes, expressa conflitos que influenciam a possibilidade de continuidade e consolidação das políticas públicas de saúde (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2011).

Segundo Souza (2002), pode-se classificar quatro grandes grupos de macrofunções gestoras na saúde: formulação de políticas/planejamento;

financiamento; coordenação, regulação, controle e avaliação (do sistema/redes e dos prestadores públicos ou privados); prestação direta de serviços de saúde. Cada uma dessas funções compreende uma série de subfunções e de competências dos gestores.

Nesse cenário, o exercício das funções gestoras não é exercido apenas pelo secretário municipal de saúde (“gestor formal do SUS”), mas também por toda uma equipe que assume cargos técnicos e assistenciais (SOUZA; MELO, 2008).

Para exercer seu papel, os gestores municipais de saúde necessitam possuir adequada competência técnica, habilidade política e compromisso social com as populações a que servem, pois lidam com desafios diários, como o surgimento de novos agravos a saúde, subfinanciamento, antigas doenças que reaparecem, ineficiência dos serviços de saúde, entre outros (SOUZA, 2008).

A atuação técnica do gestor do SUS, constantemente permeada por variáveis políticas, conforme destacado anteriormente, consolida-se por meio do exercício das funções e atribuições na saúde, cujo resultado depende de conhecimentos, habilidades e experiências na área da gestão pública e da gestão em saúde para o atendimento das necessidades da população. Essas atividades podem ser definidas como um conjunto associado de saberes e práticas de gestão importantes para conduzir políticas na área de saúde (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2011).

E para a condução efetiva de políticas na área de saúde, seguem algumas competências necessárias ao gestor do SUS para melhor desempenho de sua função de gestão: apropriar-se com profundidade e abrangência dos territórios em que atuam; conhecer os agravos e as necessidades prioritárias de saúde da população do território sob sua responsabilidade; conhecer os instrumentos jurídico-legais da administração pública, especialmente na gerência financeira e orçamentária; conhecer os instrumentos de gestão do SUS (Plano Municipal de Saúde, Relatório de Gestão, Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias, Lei Orçamentária Anual, Contrato Administrativo de Ação Pública, entre outros); elaborar instrumentos de gestão que apoiem o processo decisório em saúde; formular a política municipal de saúde em consonância com os princípios e diretrizes do SUS; realizar o planejamento, o controle e a avaliação das ações e dos serviços de saúde (PARANÁ, 2013).

Essas competências levam à necessidade de maior informação e formação dos gestores em relação à compreensão de alternativas de organização e gestão de serviços, tecnologias e processos de definição de prioridades em saúde e modelos assistenciais (TANAKA, et al., 1999). Essa mesma necessidade é apontada por Scalco, Lacerda e Calvo (2010) e Nunes, Carvalho e Santini (2012), pois a produção dos serviços de saúde depende, entre outras questões, da existência de profissionais que atuem na área e que estejam capacitados e motivados para a construção do SUS. Portanto, limites na qualificação da equipe de gestão tornam-se algo preocupante e um constante desafio.

Tal desafio se destaca, pois o campo da gestão da saúde é um importante gerador de emprego, absorvendo grande contingente de pessoas sem qualificação específica (MACHADO, 2006; PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2006).

Algumas estimativas a respeito do número de postos de trabalho na gestão no âmbito do SUS apontam a necessidade de formação e capacitação de algo em torno de 100 a 120 mil profissionais, muitos dos quais já vêm sendo formados e qualificados por meio de cursos de especialização em várias áreas, que são ofertados por universidades públicas e privadas, bem como, mais recentemente, por meio de cursos de mestrados profissionalizantes (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

No entanto, ainda é necessário investimento na formação e constituição de técnicos e gestores, providos de capacidade técnica e compromissos políticos com o SUS democrático, qualificados para atuarem em diversos espaços e níveis de gestão e com condução política do sistema (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Trata-se da chamada “profissionalização da gestão do SUS”, que tem sido discutida há alguns anos, mas sem medidas concretas para a criação da carreira de “Gestor do SUS”, e que traria como consequência a valorização dos profissionais que se dedicam cotidianamente às atividades de caráter gerencial nas diferentes esferas de gestão e nos diversos níveis de organização do sistema (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Essa profissionalização da gestão do SUS torna-se fundamental, sobretudo, pela descontinuidade administrativa, pelo clientelismo político e pela intervenção político-partidária no funcionamento dos serviços, o que compromete a reputação do SUS diante dos cidadãos, como também a expectativa dos servidores públicos enquanto profissionais e partícipes de um projeto civilizatório, objetivo da Reforma Sanitária Brasileira (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Os problemas de gestão do sistema e dos serviços de saúde são muitas vezes os principais gargalos a serem solucionados para melhorar a qualidade de atendimento a população. Contudo, enquanto a questão da gestão da força de trabalho em saúde que atua no SUS não for equacionada, não haverá milagres na gestão (VAISTMAN; MOREIRA; COSTA, 2009).

Diante disso, a formação de gestores na saúde é um assunto que, na atualidade, tem merecido relevância em todas as instituições que buscam a adequação ideal entre as necessidades da população usuária e os seus objetivos institucionais. Pensar em gestão de saúde significa pensar estrategicamente, uma vez que a produtividade e a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à sociedade serão em boa parte reflexos da maneira e das condições de trabalho dos que atuam profissionalmente na organização (ARIAS et al., 2006; BATISTA; GONÇALVES, 2011).

A complexidade da atividade de gestão da saúde e o processo de consolidação do SUS descentralizado e universal apresentam grandes desafios, em especial aos Municípios de Pequeno Porte (MPP), que correspondem a 70% dos municípios brasileiros, e que são objeto de poucos estudos (IBGE, 2010a).

Nesse sentido, a pergunta deste estudo é: Qual a autopercepção dos gestores sobre o seu preparo para o desempenho da função de gestão em MPP? Pressupõe-se que o preparo da equipe gestora é essencial para enfrentar fatores que representam desafios na consolidação do SUS, como o enfrentamento de modelo assistencial fragmentado, desarticulado, curativo e especializado; o quadro nosológico com a convivência de antigas e novas doenças e agravos; o subfinanciamento na área da saúde; a crise política e econômica do país.

A relevância social deste trabalho está na possibilidade de gerar conhecimento sobre o processo de formação dos gestores e ampliar a capacidade de análise sobre o ser gestor de MPP, e dessa forma, contribuir para a melhoria da formação dos profissionais que desempenham a função de gestão.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a autopercepção de preparo da equipe gestora de saúde para o exercício da gestão nos municípios de pequeno porte da macrorregião norte do Paraná.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a equipe gestora segundo variáveis sócio-demográficas: sexo, idade, formação e regional de saúde.
- Identificar a equipe gestora quanto à: função, tempo de trabalho, experiência prévia e atual no cargo.
- Elencar as estratégias referidas para obtenção de preparo da equipe gestora.
- Identificar a autopercepção da equipe gestora para desempenho da função de gestor.
- Analisar os fatores associados à autopercepção de preparo.

3 METODOLOGIA

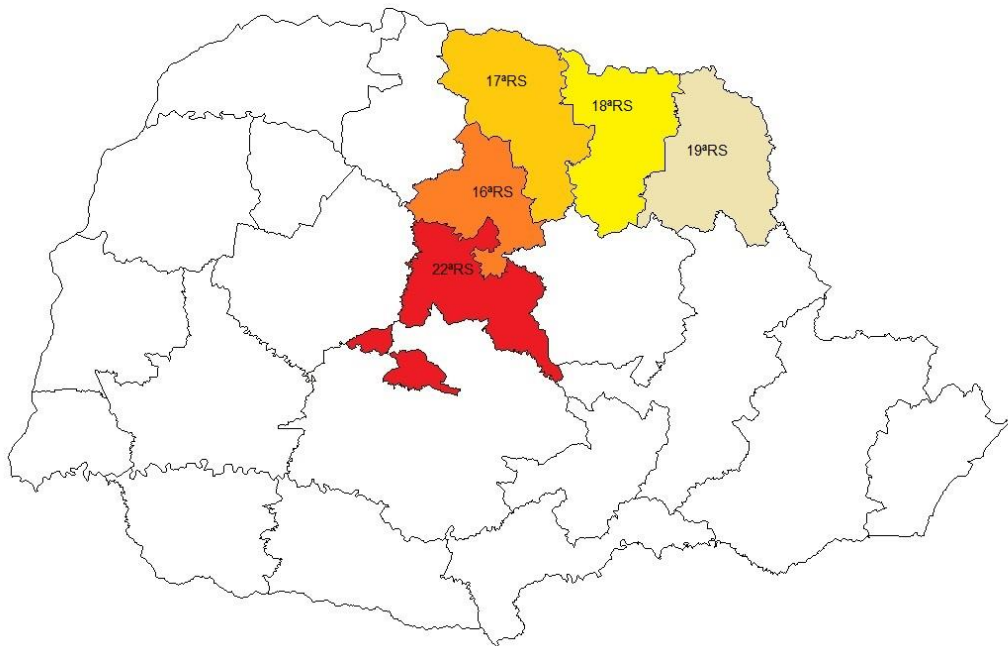
3.1 Descrição do Estudo

Trata-se de um estudo transversal exploratório descritivo. Faz parte de um projeto maior denominado “A gestão do trabalho do SUS em municípios de pequeno porte do Paraná a partir do olhar da equipe gestora”, iniciado em setembro de 2013 e financiado pela fundação Araucária na chamada de projetos 04/2012- Programa de Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde/PPSUS.

3.2 Local de Estudo

O estudo foi desenvolvido nos municípios de pequeno porte da Macrorregião Norte do Paraná, que abrange as seguintes Regionais de Saúde do Estado do Paraná: 16ªRS (sede Apucarana) 17ª RS (sede Londrina), 18ª RS (sede Cornélio Procopio), 19ª RS (sede Jacarezinho) e 22ª RS (sede Ivaiporã).

Figura 1 – Mapa das Regionais de Saúde (16ªRS, 17ªRS, 18ªRS, 19ªRS e 22ªRS) da Macrorregião Norte do Paraná, 2015.



Fonte: Tabwin, 2015

O Paraná possui 399 municípios, sendo 312 (78,1%) considerados Municípios de Pequeno Porte I (IBGE, 2010b). Segundo o último censo populacional (IBGE, 2010b), a Macrorregião Norte do Paraná possui uma população de 1.861.648 habitantes, é composta por 97 municípios, sendo 82 (84,5%) de pequeno porte, o que representa 32,3% da população total (IBGE, 2013; BRASIL, 2005a). De acordo com a Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004), são definidas como municípios Pequenos I, as localidades com menos de 20.000 habitantes (BRASIL, 2005a).

Para maior visualização, a figura 2 apresenta os municípios de pequeno porte das regionais referidas, até 20.000 habitantes.

Figura 2 – Distribuição dos MPP das regionais de saúde referidas 16^a, 17^a, 18^a, 19^a e 22^a da região da Macrorregião Norte do Paraná, 2010.

Municípios da 16 ^a RS	Municípios da 17 ^a RS	Municípios da 18 ^a RS	Municípios da 19 ^a RS	Municípios da 22 ^a RS
Bom Sucesso	Alvorada do Sul	Abatiá	Barra do Jacaré	Arapuã
Borrazópolis	Assaí	Congonhinhas	Carlópolis	Ariranha do Ivaí
Califórnia	Bela Vista do Paraíso	Itambaracá	Conselheiro Mairinck	Cândido de Abreu
Cambira	Cafeara	Leópolis	Figueira	Cruzmaltina
Faxinal	Centenário do Sul	Nova Anérica da Colina	Guapirama	Godoy Moreira
Grandes Rios	Florestópolis	Nova Fátima	Jaboti	Jardim Alegre
Kaloré	Guaraci	Nova Santa Bárbara	Japira	Lidianópolis
Marilândia do Sul	Jaguapitã	Rancho Alegre	Joaquim Távora	Lunardelli
Marumbi	Jataizinho	Ribeirão do Pinhal	Jundiá do Sul	Manoel Ribas
Mauá da Serra	Lupionópolis	Santa Amélia	Pinhalão	Mato Rico
Novo Itacolomi	Miraselva	Santa Cecília do Pavão	Quatiguá	Nova Tebas
Rio Bom	Pitangueiras	Santa Mariana	Ribeirão Claro	Rio Branco do Ivaí
Sabáudia	Porecatu	Santo Antônio do Paraíso	Salto do Itararé	Rosário do Ivaí
São Pedro do Ivaí	Prado Ferreira	São Jerônimo da Serra	Santana do Itararé	Santa Maria do Oeste
	Primeiro de Maio	São Sebastião da Amoreira	São José da Boa Vista	São João do Ivaí
	Sertanópolis	Sapopema	Siqueira Campos	
	Tamarana	Sertaneja	Tomazina	
		Uraí	Wenceslau Braz	
Total: 14 MPP(82,3%)	Total: 17 MPP(80%)	Total:18 MPP(86%)	Total: 18 MPP(78%)	Total: 15 MPP(94%)

Fonte: IBGE, Censo 2010

3.3 População de Estudo

Inicialmente, foram identificados 828 trabalhadores que compunham a equipe gestora dos municípios em estudo. Essa identificação foi realizada mediante o levantamento junto às Regionais de Saúde (RS) do nome das pessoas chave que desempenhavam a função de gestão em saúde para o desenvolvimento das seguintes atividades: gestão do fundo municipal de saúde, operação dos sistemas de informação, gestão da força de trabalho, vigilância sanitária e epidemiológica, gestão dos serviços de saúde, coordenação de programas e da Estratégia Saúde da Família, regulação e auditoria, planejamento e avaliação. A escolha das pessoas que trabalhavam nessas atividades foi definida pelo grupo de pesquisadores e técnicos das regionais, considerando que estas são áreas determinantes para a operacionalização/implementação do SUS nesses municípios. Após esse levantamento junto às regionais, foi realizada entrevista com os Secretários Municipais de Saúde para a confirmação dos nomes elencados pelas regionais e identificação de outras pessoas que participavam da Equipe Gestora da Secretaria Municipal de Saúde (Apêndice A).

Foram considerados como critério de perda as recusas de participação no estudo e as pessoas que estavam ausentes no local de trabalho no dia da entrevista e que não foram localizadas após duas tentativas de contato por telefone.

3.4 Instrumento de Coleta de Dados

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas presenciais, orientadas por um roteiro estruturado (Apêndice B). A coleta de dados teve início em setembro de 2013, com término em outubro de 2014, e o roteiro estruturado foi aplicado pelo grupo de pesquisadores aos membros das equipes gestoras dos 82 municípios que compõem a área de estudo. A equipe gestora foi abordada em seu local de trabalho e lhe foram apresentados os objetivos do estudo. Os que concordaram em participar da pesquisa preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Utilizou-se o formulário eletrônico para a digitação dos dados em uma planilha desenvolvida no programa Excel. A presente pesquisa considerou as seguintes variáveis: sociodemográficas (sexo, idade, formação, regional de saúde); função (tempo de atuação na área da saúde, função atual exercida no município e tempo de exercício no cargo, exercício na função de gestão previamente e por quanto tempo); preparo

para a função enquanto gestor (conhecimento dos instrumentos de gestão, preparo autorreferido, cursos, experiências, outros).

3.5 Tabulação e Análise dos Dados

A análise dos dados foi realizada com o uso do programa Excel e o programa Epi Info versão 3.5.4 (*Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos*), por meio de análise de frequência e fatores associados à autopercepção de preparo pelo teste qui-quadrado. O banco de dados foi conferido por dois pesquisadores, que corrigiram os erros de digitação e de português.

Para a análise das variáveis abertas sobre formação, experiência na gestão e formas de obtenção de preparo para o cargo, as respostas foram agrupadas segundo similaridades e intencionalidade das atividades realizadas pelos entrevistados, conforme análise do grupo de pesquisadores.

3.6 Aspectos Éticos

O projeto “A gestão do trabalho no SUS em municípios de pequeno porte do Paraná a partir do olhar da equipe gestora” foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina com parecer registrado no Sistema nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos CAAE-06099412300005231 (Anexo A).

Todas as etapas da pesquisa foram realizadas respeitando as normas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que direciona pesquisa envolvendo seres humanos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 828 pessoas que compunham a equipe gestora, segundo os critérios definidos para a população de estudo nos 82 municípios pesquisados, foram entrevistados 744 profissionais que exerciam a função de gestão, totalizando 10% de perdas. Os resultados desta pesquisa foram analisados destacando-se quatro tópicos: aspectos sociodemográficos e escolaridade; preparo formal da equipe gestora; experiência na gestão e autopercepção de preparo.

4.1 Aspectos Sociodemográficos e Escolaridade

Neste item, são apontados os resultados referentes a sexo, idade e escolaridade. A maioria era do sexo feminino 498 (67%) (Tabela 1), sendo que, em todas as regionais houve o predomínio de mulheres ocupando cargos de gestão. Vários estudos apontam para o crescimento de mulheres no mercado de trabalho e sua expressiva participação na área da gestão em saúde (COELHO, 2007; MACHADO; OLIVEIRA; MOYSÉS, 2011; MENDONÇA et al., 2010; OHIRA; CORDONI JUNIOR; NUNES, 2014; OTTO, 2012; PEDUZZI, 2007; RIBEIRO, 2012; WILLIAMS, et al., 2010; VANDERLEI, 2005).

Verifica-se que a feminilização em profissões da saúde não atinge apenas a área assistencial, mas também a de gestão. Um estudo que analisou 466 secretarias municipais de saúde (SMS) de diversos portes revelou que 61% dos responsáveis pela área da gestão do trabalho e da educação na saúde eram do sexo feminino, alcançando percentual superior a 73% nas SMS das capitais. Nas cidades com população acima de 500 mil habitantes, esse percentual ultrapassou 78% (BRASIL, 2014).

Quanto à idade, verificou-se que a média foi de 37,8 anos (dp. 9,75), a idade mínima de 19 e a máxima de 69 anos (Tabela 1). Em relação à distribuição por faixa etária, 392 (52,7%) dos entrevistados situavam-se na faixa de 30 a 44 anos. Esse padrão se manteve em todas as regionais. O estudo de Figueiredo et. al. (2010) que analisou gestores da estratégia Saúde da Família em municípios de pequeno, médio e grande porte em uma região do Rio Grande do Sul encontrou uma média de 35 anos. Já nos estudos de Peduzzi (2007) e Vanderlei (2005), também realizados com gestores, os valores de média foram de 45 e 46,5 anos respectivamente.

De acordo com Alves, Penna e Brito (2004), existe uma tendência de as instituições optarem por profissionais de menor faixa etária, o que corrobora os resultados da presente pesquisa. Para os autores, pessoas mais jovens adaptam-se mais facilmente à filosofia da instituição.

Ao analisar a escolaridade dos gestores, verificou-se que nenhum dos entrevistados referiu ensino fundamental incompleto (Tabela 1). Esse resultado é coerente com o que vem acontecendo com os profissionais da saúde no Brasil, em que o nível de escolaridade se elevou com o passar dos anos, pois, segundo Machado, Oliveira e Moysés (2011), na área da saúde, de 1992 a 2005, a formação superior aumentou 92,4%.

Esse aumento de escolaridade iniciou-se com o Programa de Formação de Trabalhadores na área da Enfermagem (PROFAE). Entre os objetivos desse programa, havia um que era transformar antigos atendentes de enfermagem (informais e com baixa qualificação) em técnicos de enfermagem legitimados, para os quais a escolaridade mínima exigida é o segundo grau completo. Outro fator que contribuiu foi a Lei nº 10.507 de 2002, que regulamentou a profissão dos agentes comunitários de saúde e que exige uma escolaridade mínima de ensino fundamental completo (BRASIL, 2000, 2002; MACHADO; OLIVEIRA; MOYSÉS, 2011).

Com ensino superior completo, houve 524 (70,5%) entrevistados, incluindo os que referiram pós-graduação (Tabela 1). Esse resultado foi observado em todas as regionais. O predomínio do ensino superior completo também esteve presente em outros estudos (NUNES; CARVALHO; SANTINI, 2012; OHIRA; CORDONI JÚNIOR; NUNES, 2014; PEDUZZI, 2007; RIBEIRO, 2012; VANDERLEI, 2005).

Um estudo feito por Machado, Oliveira e Moysés (2011) revelou que 80% da força de trabalho em saúde possuía escolaridade compatível com o nível de complexidade das atividades. Da mesma forma, o estudo feito por Nunes et al. (2015) verificou que todos os profissionais que atuavam na atenção básica possuíam níveis de escolaridade adequados ou superiores aos exigidos para o cargo, e, mesmo atuando em municípios de pequeno porte, isso não os impedia de ter acesso a formação e qualificação profissional.

Tabela 1 - Perfil da equipe gestora de saúde quanto ao sexo, faixa etária e escolaridade nos Municípios de Pequeno Porte pertencentes a 16ª, 17ª, 18ª, 19ª e 22ª Regionais de Saúde da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, 2014

Regionais Variáveis	16 RS		17 RS		18 RS		19 RS		22 RS		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo												
F	112	72,3	83	65,4	118	67,4	112	65,9	73	62,4	498	66,9
M	43	27,7	44	34,6	57	32,6	58	34,1	44	37,6	246	33,1
Faixa etária												
Até 29	39	25,1	27	21,3	43	24,6	27	15,9	29	24,8	165	22,1
30 44	77	49,7	66	52,0	83	47,4	100	58,8	66	56,4	392	52,7
45 59	37	23,9	30	23,6	46	26,3	40	23,5	18	15,4	171	23,0
60 74	2	1,3	4	3,1	3	1,7	3	1,8	4	3,4	16	2,2
Escolaridade												
PG	70	45,2	58	45,7	83	47,4	53	31,2	40	34,2	304	40,9
SC	42	27,1	37	29,1	42	24,0	53	31,2	46	39,3	220	29,6
EMC	41	26,5	32	25,2	47	26,9	63	37,1	31	26,5	214	28,8
EMI	-	-	-	-	3	1,7	1	0,5	-	-	4	0,4
EFC	2	1,3	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,3
Total	155	100,0	127	100,0	175	100,0	170	100,0	117	100,0	744	100,0

Fonte: próprio autor

PG = Graduação +Pós-Graduação

SC = Superior Completo sem Pós-Graduação

EMC = Ensino Médio Completo + Superior Incompleto

EMI = Ensino Médio Incompleto

EFC = Ensino Fundamental Completo

4.2 Preparo Formal da Equipe Gestora

Os resultados aqui mencionados referem-se ao preparo formal da equipe gestora, o qual é considerado o tipo de educação organizada com uma determinada sequência e planejamento prévio e ministrada por escolas, universidades, e que possuem reconhecimento oficial, em cursos com diferentes níveis, graus, programas, currículos e diplomas (AFONSO 1989 apud FILHO, 2007; GASPAR, 1990).

Quanto à área da graduação dos participantes com ensino superior completo com ou sem pós-graduação, constatou-se que 335 (60,3%) possuíam cursos na área da saúde (Tabela 2). Essa grande proporção encontrada de gestores com graduação na área da saúde também tem sido apontada por outras investigações que envolveram gestores em município de pequeno, médio e grande porte (ALVES; PENNA; BRITO, 2004; CARVALHO et al., 2014; FIGUEIREDO, 2010; OHIRA, CORDONI JÚNIOR; NUNES 2014; PEDUZZI, 2007; RIBEIRO, 2012; VANDERLEI, 2005).

A formação é um dos aspectos importantes para a gestão em saúde. Desse modo, a formação nessa área pode ser um aspecto que contribui não somente para realização de diagnóstico, cuidado, tratamento e/ou prevenção de doenças, mas também para o atendimento das necessidades de saúde das pessoas e da população e para a qualidade da gestão dos serviços de saúde, além do conhecimento sobre o SUS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

Considerando a complexidade dos cargos de gestão em saúde, o processo de formação dos gestores pode auxiliar no gerenciamento das diversas variáveis que interferem na produção de saúde e ajudá-los a entender e enfrentar o contexto da saúde pública na qual estão inseridos, contribuindo na melhoria da qualidade dos serviços prestados (STAHLSCHMIDT, 2012).

O curso de graduação que mais se destacou foi o curso de enfermagem, com 176 (23,7%) pessoas. A grande participação do enfermeiro pode estar relacionada ao fato de sua formação proporcionar uma visão geral e ampliada da saúde e maior contato com os usuários. Além disso, a graduação em enfermagem é um dos poucos cursos da área de saúde que possui em suas diretrizes curriculares uma carga horária específica destinada à administração dos serviços de saúde,

oferecendo assim maior respaldo e segurança ao profissional para assumir cargos de gestão (ALVES; PENNA; BRITO, 2004).

Dos que possuíam ensino superior completo, mais da metade (58%) informou ter cursado pelo menos uma pós-graduação. Desta forma, para melhor visualização, foi realizado o agrupamento dos cursos referidos por intencionalidade segundo a percepção e o conhecimento dos pesquisadores, conforme atesta o (Quadro 1).

Quadro 1 – Distribuição das modalidades dos cursos de pós-graduação *Lato e Stricto Sensu* da equipe gestora de saúde nos Municípios de Pequeno Porte pertencentes a 16^a, 17^a, 18^a, 19^a e 22^a Regionais de Saúde da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, 2014.

Denominação/Área	Cursos Referidos
Gestão e Modelos de Atenção	Enfermagem do Trabalho; Estratégia Saúde da Família Saúde Coletiva; Gestão em Saúde.
Área Técnico Assistencial na Saúde	Hematologia; Acupuntura; Urgência e Emergência, Obstetrícia; Farmacologia; Psiquiatria; Enfermagem em UTI pediátrica e adultos, entre outras.
Cursos Fora da Área da Saúde que não Abordam a Gestão	Clínica e reprodução de animais; Supervisão e pedagogia; Direito público; Distúrbios de aprendizagem, etc.
Gestão Fora da Área da Saúde	Gestão pública; Desenvolvimento gerencial; MBA Gestão de pessoas; Perícia e auditoria ambiental.

Fonte: próprio autor

Destaca-se que 319 (96,4%) das pós-graduações referidas eram cursos na modalidade *lato sensu*. Verificou-se que houve referência a inúmeros cursos com diferentes propósitos. Em relação à modalidade *stricto sensu*, quatro (1,2%) possuíam mestrado e um (0,3%) doutorado. Os estudos de Carvalho et al. (2014), Figueiredo (2010), Silveira (2010) e Cardoso (2003) também apresentam poucos gestores com formação nessa modalidade.

No que se refere à pós-graduação na modalidade residência, 7 (2,1%) entrevistados relataram terem essa formação. Esse resultado pode ser explicado pelo fato de os cursos de residência estarem localizados mais em grandes centros. Além disso, as residências não médicas na área da saúde são recentes. Outros estudos também apresentam resultados que apontam para uma baixa ou nula

frequência de gestores que possuem residência (CARVALHO et al., 2014; LUNA, 2008; OHIRA 2012; RIBEIRO, 2012).

Os cursos de pós-graduação na área de Gestão e Modelos de Atenção à Saúde foram os mais mencionados, 133 (40,2%), seguidos da área Técnico Assistencial na Saúde, 106 (32%). Apenas a 17ª RS apresentou maior frequência na área Técnico Assistencial na Saúde (39,3%). Já na 18ª RS, houve a mesma frequência para as áreas de Gestão e Modelos de Atenção e Área Técnica Assistencial (37%) (Tabela 2). A formação específica em gestão em saúde foi referida por 14 (4,4%) dos entrevistados.

Esses resultados revelam que a formação em gestão e modelos de atenção ainda não atingem 50% dos gestores entrevistados. É importante que os cursos de pós-graduação, mesmo aqueles que não fazem parte da área da saúde, contribuam com a ampliação do conhecimento da equipe gestora quanto a temas sobre gestão de pessoas, relação interpessoal, leis ambientais, administração de organizações do setor público, etc. E que os cursos na área da saúde proporcionem conhecimentos técnicos sobre epidemiologia, planejamento, território adscrito, processo saúde-doença e dinâmica do SUS.

Com base no perfil de formação apresentado pelos resultados da pesquisa, é necessário um investimento redobrado na formação e constituição dos sujeitos, lideranças, técnicos e gestores, providos de capacidade técnica e compromisso político com o SUS democrático, qualificados a atuarem em diversos espaços e níveis de gestão e condução política do sistema (PAIM; TEIXEIRA, 2007). A formação em saúde, bem como em gestão, deve superar a educação tradicional, organizada como transmissora de conteúdo, e contribuir para a construção de uma educação mais crítica, para que a equipe gestora se torne agente de reflexão, responsável e comprometida com suas atitudes, além de ser capaz de ampliar a sua capacidade de análise numa perspectiva de transformar a realidade na qual está inserida (MITRE et al, 2008).

Desse modo, a gestão em saúde necessita de mudança no processo de formação, tendo como objetivo a articulação de novas relações de compromisso e responsabilidade entre a universidade e o SUS, de modo a possibilitar a compatibilidade de perfis profissionais, de produção de conhecimento e de prestação de serviços, cooperação e assessoramento (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

Paim e Teixeira (2007) apontam para a mesma necessidade ao destacarem que a configuração institucional e a gestão do SUS passam pela urgente necessidade de investimento na formação de gestores com capacidade técnica e compromisso político com a Reforma Sanitária Brasileira e com a defesa do SUS democrático, e gestores que estejam aptos a atuarem em diversos espaços e níveis de gestão e de condução política do sistema.

Trata-se da chamada “profissionalização da gestão do SUS” que tem sido discutida há alguns anos, mas sem medidas concretas para a criação da carreira de “ser gestor do SUS”, e que teria como consequência a valorização e a fixação dos profissionais que se dedicam cotidianamente às atividades/funções de gestão nas diferentes esferas de gestão e nos diferentes níveis de organização do sistema (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Dessa forma, para Campos (2015), o futuro do SUS e da gestão está na criação de uma autarquia pública chamada SUS Brasil, ou seja, um sistema único com gestão de coparticipação das três esferas governamentais de base regional, que teria uma política de profissionais unificada com diretrizes nacionais, com carreiras nas grandes áreas temáticas do SUS, como atenção básica, atenção especializada, urgência e emergência etc. Os concursos seriam estaduais e os trabalhadores poderiam iniciar suas carreiras em um município e serem transferidos para outro e ir da periferia para o centro.

Esse mesmo autor propõe o modelo da Itália, em que o planejamento e a gestão são feitos a partir de regiões, e os municípios não possuem secretários de saúde. Os municípios se reúnem com o ministério da saúde e indicam o secretário regional de saúde de comum acordo, com perfil sanitário, experiência no SUS e formação em saúde pública. Em geral, os mandatos desses secretários coincidem com dois mandatos de prefeitos. Assim, vários partidos políticos precisam se entender nas suas divergências e interesses e ter um projeto político de saúde em comum junto com o ministério da saúde do país (CAMPOS, 2015).

A profissionalização da gestão do SUS vem ao encontro da formação da equipe gestora no sentido de estratégia de política pública a fim de aperfeiçoar a gestão do SUS por meio da valorização, atração e fixação desses profissionais e preparando-os de forma mais direcionada para atuar no SUS. Contudo, o enfrentamento dessa questão da “carreira de ser gestor no SUS” esbarra no limite político da questão e no capital privado fortalecido pela hegemonia neoliberal que

fragiliza a proposta do SUS, que, por meio de redes, deveria oferecer à população um modelo de atenção integral, universal e equânime.

Tabela 2 - Distribuição dos cursos de graduação, especialização *Lato e Stricto Sensu* da equipe gestora de saúde nos Municípios de Pequeno Porte pertencentes a 16^a, 17^a, 18^a, 19^a e 22^a Regionais de Saúde da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, 2014.

Regionais Váriáveis	16 RS		17 RS		18 RS		19 RS		22 RS		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Graduação												
Saúde	71	61,7	61	62,2	82	60,7	62	51,7	59	67,0	335	60,3
Humanas	37	32,2	33	33,8	47	34,8	49	40,8	25	28,4	191	34,4
Biológicas	5	4,3	2	2,0	2	1,5	7	5,8	1	1,1	17	3,1
Exatas	2	1,8	2	2,0	4	3,0	2	1,7	3	3,5	13	2,2
Total	115	100,0	98	100,0	135	100,0	120	100,0	88	100,0	556	100,0
Pós-graduação Lato e Stricto Sensu												
Gestão e modelos de atenção na saúde	33	44,6	21	34,4	30	37,0	24	38,7	25	47,2	133	40,2
Técnico assistencial na saúde	20	27,0	24	39,3	30	37,0	18	29,0	14	26,4	106	32,0
Fora da área da saúde que não abordam a gestão	11	14,9	9	14,8	10	12,3	10	16,1	10	18,9	50	15,1
Gestão fora da área da saúde	10	13,5	7	11,5	11	13,6	10	16,1	4	7,5	42	12,7
Total	74	100,0	61	100,0	81	100,0	62	100,0	53	100,0	331	100,0

Fonte: próprio autor

4.3 Experiência na Gestão

Os resultados apresentados neste item referem-se ao tempo de atuação na saúde e na gestão, tipo de função, número de cargos assumidos e experiência anterior em cargos de gestão.

Quanto ao tempo de atuação na área da saúde, o mais frequente foi de 12 a 24 anos, com 192 (25,8%) dos entrevistados. A média foi de aproximadamente 11 anos, com desvio padrão de 8,5. O tempo mínimo foi de um mês e o máximo de 41 anos. Apenas na 16ª RS (20,6%) e na 22ª RS (22,2%), o tempo de atuação na saúde mais frequente foi de três a seis anos (Figura 4). Esse resultado é semelhante ao estudo de Luna (2008) que investigou secretários de saúde do Estado do Mato Grosso em que a média de tempo de atuação foi de 9,3 anos. Por outro lado, um estudo realizado na mesma região com gerentes da atenção básica apontou que 53,3% possuíam até 5 anos de tempo de atuação na área de saúde (OHIRA; CORDONI JÚNIOR; NUNES, 2014).

Já em relação ao tempo de atuação no cargo de gestão, o mais frequente foi de um a três anos para 199 (26,7%) dos entrevistados. A média foi de 5,5 anos e desvio padrão de 6,3 anos. O tempo mínimo de atuação foi de um mês e máximo de 42 anos. Houve diferença na 16ª RS (27,1%), 17ª RS (29,1%) e 19ª RS (27,6%) onde o tempo de atuação na função de gestão mais frequente foi de até um ano (Figura 5). O mesmo tempo de atuação foi encontrado no estudo de Peduzzi (2007) e também pela pesquisa do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2014), na qual 30,1% dos gestores do trabalho e da educação na saúde em todas as secretarias e estratos populacionais possuíam de um a três anos no cargo, com exceção daquelas localizadas em municípios de grande porte. Entretanto, difere do encontrado por Figueiredo (2010), Ribeiro (2012) e Ohira, Cordoni Júnior, Nunes (2014), que encontraram resultados até um ano no cargo de gestão.

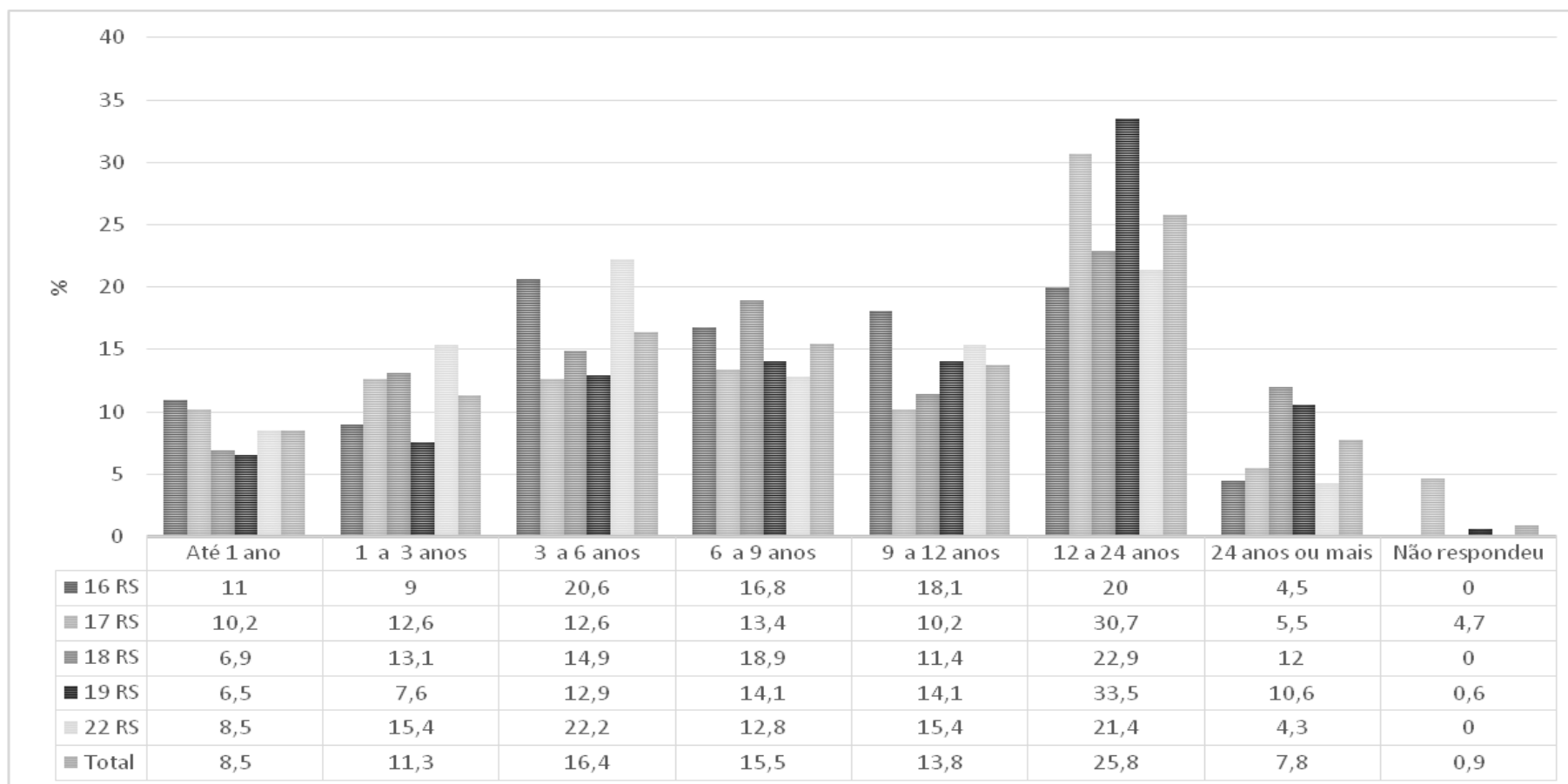
O tempo de atuação na área da saúde pode favorecer a atuação em cargos de gestão, visto que a experiência na área é um fator importante para integrar a equipe de gestão. Porém, se a experiência em questão é de uma prática de reprodução e/ou manutenção de modelo hegemônico, dificilmente haverá mudanças nas práticas visando à transformação do modelo assistencial e de gestão, uma vez que a mudança do modelo de atenção ocorre quando a experiência do trabalho é colocada em análise de modo coletivo e horizontal. É exatamente esse o propósito

da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), implementada pelo MS por meio da Portaria nº.198/GM, em 2004 e reformulada por meio da portaria nº. 1.996/GM em 2007 (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2007).

A EPS tem como pressuposto que a aprendizagem ocorre no espaço de trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e dos serviços. Desse modo, o conhecimento deve ser construído a partir das experiências dos trabalhadores e da realidade local (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b; BRASIL, 2005b; BRASIL, 2005c).

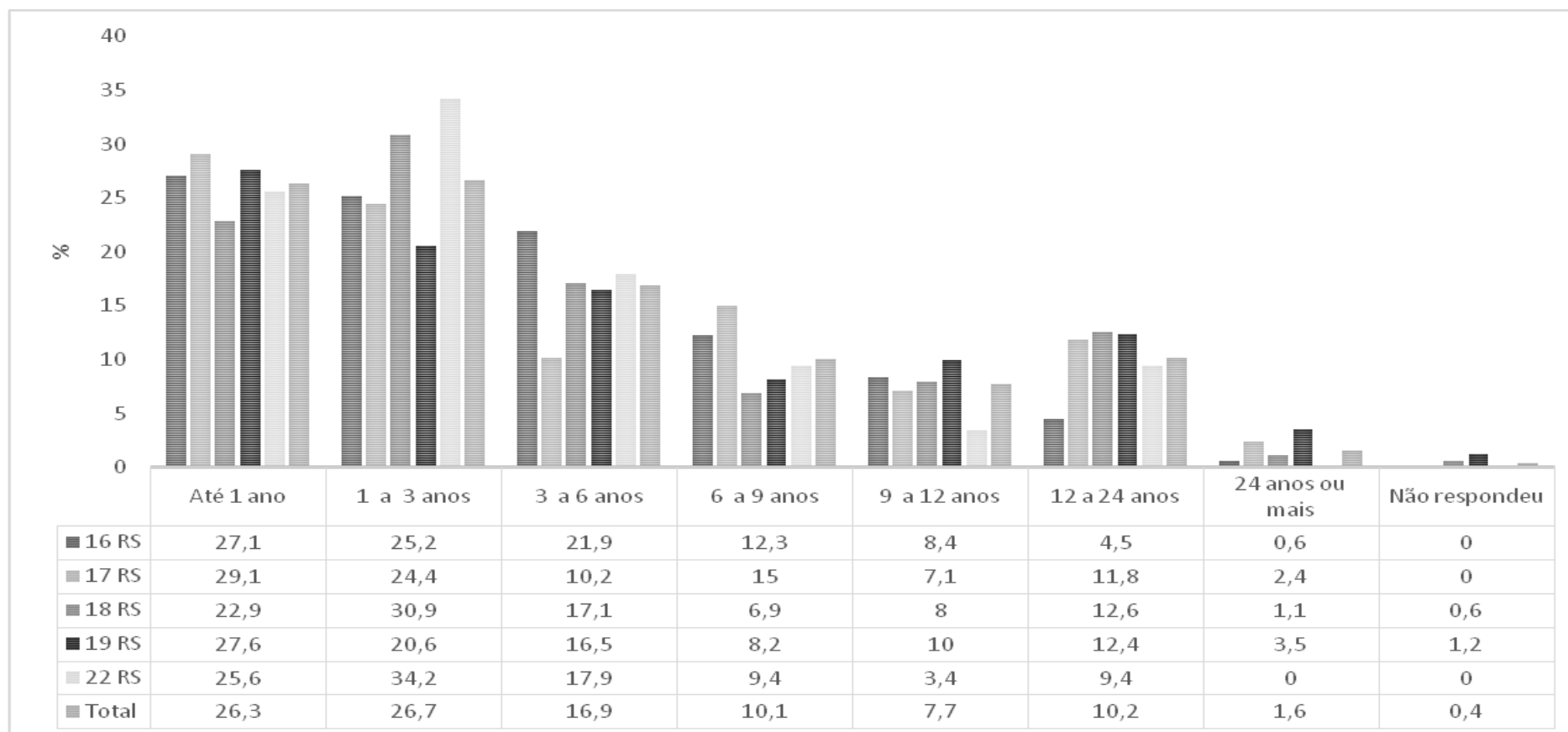
Ao se analisar os profissionais gestores que atuavam até três anos na função, que representaram neste trabalho 46% do total de entrevistados, verifica-se que 57,3% deles tinham o mesmo tempo de atuação na saúde e na gestão. Ou seja, os gestores possuíam pouco tempo de experiência na saúde e na gestão. Esse resultado revela que mais de 50% dos profissionais da equipe gestora iniciaram seu trabalho na área da saúde já em cargos de gestão. O início da atuação profissional em cargos de gestão pode trazer fragilidades, pois dificulta o conhecimento da vivência da dinâmica dos serviços, sua lógica de organização, as normas, as rotinas, as atividades desenvolvidas e a população usuária, conhecimentos importantes para sua atuação enquanto equipe gestora.

Figura 3 - Tempo de atuação na área da saúde da equipe gestora de saúde dos Municípios de Pequeno Porte pertencentes a 16^a, 17^a, 18^a, 19^a e 22^a Regionais de Saúde da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, 2014.



Fonte: próprio autor

Figura 4 - Tempo de atuação na função/atividade de gestão da equipe gestora de saúde dos Municípios de Pequeno Porte pertencentes a 16^a, 17^a, 18^a, 19^a e 22^a Regionais de Saúde da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, 2014.



Fonte: próprio autor

Quanto às funções/atividades de gestão exercidas pela equipe gestora das cinco regionais, observou-se que a função mais referida pelos participantes do estudo em todas as regionais foi a relacionada à responsabilidade pelos diferentes sistemas de informação 498 (66,9%) (Tabela 3). Há uma diversidade de sistemas de informações tais como Sistema de Informação Hospitalar (SIH), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), dentre outros (BRASIL, 2009b). Essa diversidade pode ser um dos fatores que favorecem um número maior de pessoas envolvidas nessa função de gestão, aliado ao fato de que a manutenção desses sistemas determina o repasse de recursos aos municípios.

A função de regulação de exames e consultas especializadas foi a segunda mais citada quando analisado os dados de todas as regionais. No entanto, para a 16ª RS, foram as funções de vigilância epidemiológica, planejamento e avaliação, enquanto para a 22ª RS, foram as de regulação de exames e consultas, coordenação de UBS e planejamento (Tabela 3).

Um dos grandes desafios do SUS refere-se ao acesso dos usuários às ações de caráter de média e alta complexidade, em especial nos MPP, em que o acesso aos serviços mais especializados depende da articulação com outros municípios, o que demanda a vinculação de recursos para o acesso a esses serviços. Por ser uma demanda complexa, as pessoas envolvidas nessa função assumem uma posição estratégica nas equipes gestoras, uma vez que constantemente devem estar em articulação com outros serviços e municípios. Ribeiro (2012) em seu estudo com MPP revelou dificuldade de acesso dos municípios aos serviços especializados de média e alta complexidade.

O planejamento e avaliação das ações e serviços de saúde foi a terceira função mais citada, exceto na 16ª, 19ª e 22ª RS (Tabela 3).

A participação dos trabalhadores da saúde na gestão e no planejamento dos serviços de saúde é garantida na Lei n.º 8.142/90, porém, na prática, a estruturação e planejamento da rede de atenção básica é incipiente e vem sendo pontuada como desafio para a maioria dos municípios, que tem a tarefa de coordenar essa estruturação cumprindo os princípios da integralidade, muitas vezes com fragilidades no corpo técnico-burocrático, dependência financeira frente ao governo federal, persistência de arranjos políticos clientelistas, sobrecarga no

trabalho, descontinuidade administrativa nos pequenos municípios e dependência de uma gestão centralizadora e pouco participativa (BODSTEIN, 2002).

Desenvolver, em nível local, ações de gestão e planejamento das ações e políticas de saúde permite melhor assertividade, monitoramento, controle, avaliação e divulgação dos resultados, com vistas a contribuir para um resultado esperado regional na melhoria do acesso da população a ações e serviços de saúde (LEITE; LIMA; VASCONCELOS, 2012).

Destaca-se que é fundamental que haja várias pessoas envolvidas com a função de planejamento, pois, quanto mais coletivo for o processo de gestão, maior a possibilidade de as ações corresponderem às necessidades de saúde do município. Além disso, quando esse processo sensibiliza e mobiliza os diversos atores para os reais interesses na mudança de uma situação, tem-se uma chance maior de transformar a realidade (PAIM, 2002).

Da mesma forma, Mehry (2002) e Vanderlei (2005) destacam a participação de todos no processo de gestão. Para esses autores, todos os profissionais estão em posição de exercer no cotidiano seu autogoverno, definindo caminhos, propondo e impondo direcionalidade ao seu trabalho. Para Nunes et al. (2016), é fundamental que os trabalhadores de saúde assumam a construção de um projeto de trabalho, tornando-se copartícipes da gestão.

Questiona-se, porém, em que medida o Ministério da Saúde consegue promover resultados satisfatórios e esperados na construção de um projeto político que articule gestores, equipes gestoras, prestadores de serviços e sociedade civil na atenção às necessidades de saúde da população, ou se a utilização desse grande número de determinações reforça uma relação de tutela do ente federal sobre os entes municipais na condução da política de saúde (DOMINGOS, et al., 2016). Em que medida as equipes gestoras dos municípios não estão apenas reproduzindo o que o Estado determina, não tendo a possibilidade de criar uma estrutura necessária para realizar o planejamento de acordo com a realidade local. A EPS pode vir como auxílio nesse contexto de desafios, direcionando e orientando uma implementação mais efetiva dos instrumentos de gestão nos municípios (Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatório Anual de Gestão, Plano Plurianual, etc), podendo proporcionar melhorias no planejamento local.

A gestão do SUS enfrenta inúmeros desafios, tais como: crises econômicas contrárias à consolidação do SUS; constantes atualizações da legislação da saúde;

persistência das desigualdades sanitárias; subfinanciamento crônico; interesses e opiniões diferentes dos prefeitos, entes federados, equipe gestora e profissionais da saúde na busca da universalidade, equidade, resolutividade e qualidade da atenção; interesses do setor privado na saúde pública. Esses e outros fatores justificam a necessidade de que a gestão do SUS realize um planejamento que considere esses desafios durante sua implementação e consolidação nos MPP.

Paim (2002) também alerta sobre a importância do planejamento ao afirmar que a quantidade e a complexidade das tarefas a serem realizadas, bem como o volume de recursos e pessoas envolvidas na gestão em saúde não podem correr o risco do imprevisto. Soma-se a isso o fato de lidarem com situações e contextos que envolvem a vida de toda uma população com seus determinantes sociais, doenças, incapacidades e mortes.

O planejamento é considerado uma técnica, mas que também compreende aspectos políticos, visto que um de seus propósitos é articular o político com o técnico-científico na produção dos cuidados assistenciais em saúde (PAIM, 2002). Diante disso, não bastam apenas conhecimentos técnicos para a construção de um bom planejamento, também pressupõe a criação de vínculos com os usuários e a gestão de redes, por meio de um caráter participativo, democrático e de um diálogo crítico, e envolve negociações para o estabelecimento de parcerias e cooperações com outros níveis do sistema de saúde (RIVERA; ARTMANN, 2012).

Tabela 3 – Função/atividade da equipe gestora de saúde exercida nos Municípios de Pequeno Porte pertencentes a 16^a, 17^a, 18^a, 19^a e 22^a Regionais de Saúde da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, 2014.

Variável	16 ^a		17 ^a		18 ^a		19 ^a		22 ^a		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Função/atividade exercida no município												
Responsável pelo sistema de Informação	113	72,7	83	65,4	96	54,8	98	57,7	108	92,4	498	66,9
Responsável por agendamentos de exames e/ou consultas especializadas.	19	12,5	20	15,7	26	14,9	26	15,3	21	17,9	112	15,1
Responsável pelo planejamento e avaliação de ações e serviços(plano mun. saúde, RAG, COAP)	20	13,2	19	15,0	25	14,3	18	10,6	21	17,9	103	13,9
Coordenação da Estratégia Saúde da Família/ PSF ou APS	19	12,5	16	12,6	20	11,4	20	11,8	11	9,4	86	11,6
Responsável de Vigilância Epidemiológica	20	12,9	14	11,0	19	10,9	19	11,2	14	12,0	86	11,6
Coordenador de UBS	18	11,6	16	12,6	16	9,1	13	7,6	21	17,9	84	11,3
Responsável por compras e licitações	19	12,3	10	7,9	19	10,9	16	9,4	17	14,5	81	10,9
Responsável pela área de recursos humanos	19	12,3	13	10,2	15	8,6	14	8,3	12	10,3	73	9,8
Secretário(a) de Saúde	14	9,0	14	11,0	16	9,1	15	8,8	13	11,1	72	9,7
Responsável pela Vigilância Sanitária	16	10,5	12	9,4	14	8,0	21	12,4	9	7,7	72	9,7
Gerência do fundo municipal de saúde	11	7,1	8	6,3	18	10,3	15	8,8	14	12,0	66	8,9
Coordenação da Assistência Farmacêutica	9	5,9	13	10,2	15	8,6	14	8,3	11	9,4	62	8,4
Coordenação da Saúde Bucal	10	6,6	7	5,5	12	6,9	12	7,1	9	7,7	50	6,7
Coordenação da Saúde Mental	13	8,6	9	7,1	7	4,0	5	2,9	9	7,7	43	5,8
Coordenador de hospital	5	3,2	4	3,2	6	3,4	9	5,3	3	2,6	27	3,6
Coordenador de clínica	4	2,6	1	0,8	1	0,6	-	-	1	0,9	7	0,9

Fonte: próprio autor

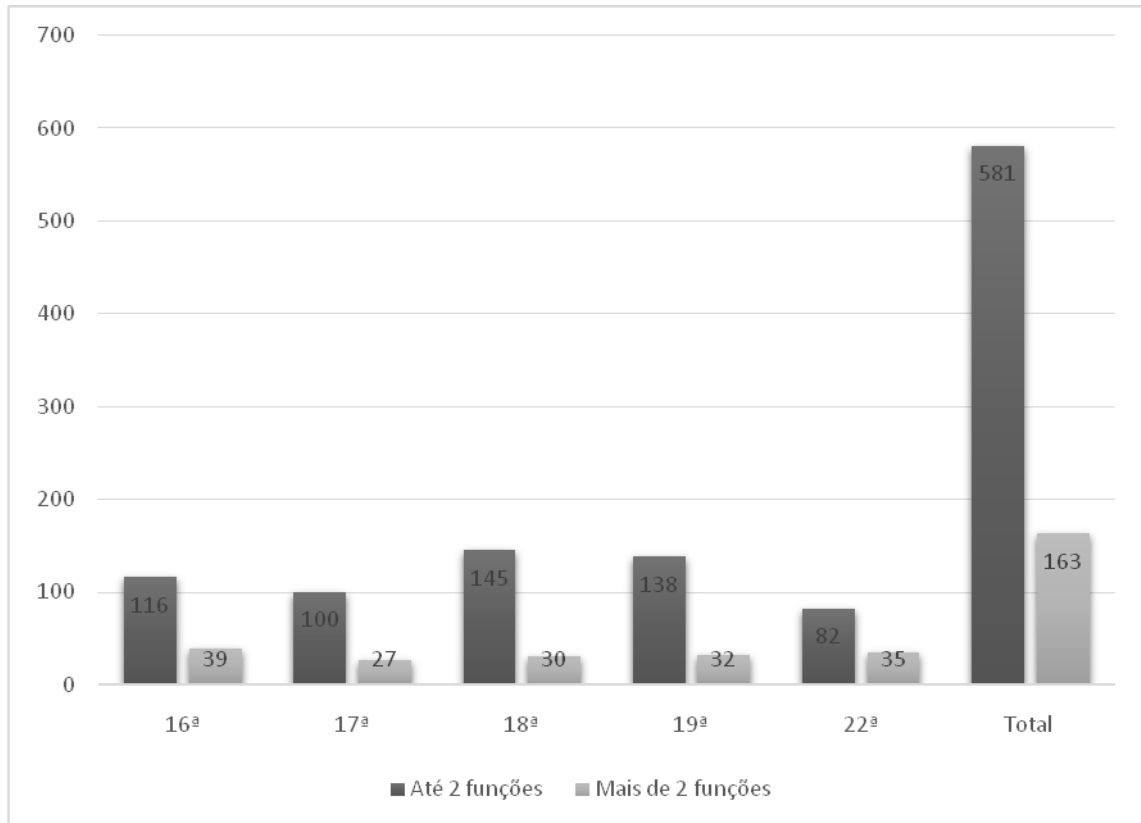
Quanto ao número de funções que cada integrante da equipe gestora exercia no município, 490 entrevistados (65,9%) exerciam apenas uma função. No entanto, 34,1% dos membros da equipe exerciam de duas a 14 funções, com uma média de duas funções. Ao estratificar a equipe gestora de acordo com a média de funções assumidas, verificou-se que a maioria ficou abaixo da média (Figura 6).

Um profissional da equipe gestora de um município de uma das regionais exercia 14 funções. Este fato chama atenção para a sobrecarga de responsabilidade de um integrante da equipe, que embora não tenha sido avaliado pelo estudo, aponta sobre a concentração de responsabilidade para uma única pessoa, o que pode comprometer a qualidade do serviço e também a satisfação do trabalhador e do usuário. Outra questão que se pode inferir sobre esse acúmulo é o fato dos municípios contarem com uma pequena equipe técnica com capacidade para gerir todas as atividades inerentes à gestão em saúde.

A sobrecarga de funções também ocorre entre os secretários de saúde. Um estudo realizado por Luna (2008) revelou que esses profissionais assumem em média mais de três funções de gestão.

O acúmulo de funções pode ocorrer em razão da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que é fator limitante de contratação. A LRF implantada no ano 2000 promoveu mudanças institucionais e culturais na forma de administrar os recursos públicos tendo a finalidade de ajudar na gestão e conter o endividamento do patrimônio público (MAGALHÃES, et. al, 2005). Para os municípios, a LRF estipulou limites de gasto com pessoal de 60% da receita corrente líquida, devendo 6% ser destinado ao legislativo incluindo o tribunal de contas e 54% para o executivo (BRASIL, 2015a; LINHARES, 2008). Para os gestores a limitação imposta por essa lei provoca um engessamento nas possibilidades de contratação de pessoal, como também em investimentos nas ações e serviços de saúde.

Figura 5 - Distribuição do número de funções/atividades de gestão assumidas por pessoa por regional entre os integrantes da equipe gestora de saúde dos municípios de pequeno porte pertencentes a 16^a, 17^a, 18^a, 19^a e 22^a Regionais de Saúde da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, 2014.



Fonte: próprio autor

Verificou-se que 557 (74,9%) dos pesquisados declararam não possuir experiência anterior em cargos de gestão. Dos 187 que possuíam alguma experiência, 134 (71,7%) referiram ser na área de saúde pública, sendo esse resultado semelhante ao encontrado em outras pesquisas (CARVALHO et al., 2014; FERNANDES et al., 2010; JUNQUEIRA, et al., 2010; VANDERLEI, 2005). Dos gestores que referiram possuir experiência prévia em gestão, 56 (29,9%) atuaram na função de gestão pelo período de um a três anos (Tabela 4).

O presente estudo sinaliza que grande parte dos integrantes da equipe gestora está assumindo o cargo pela primeira vez. Esse fato evidencia que a escolha para o cargo não está diretamente associada a ter ou não experiência profissional em cargos de gestão, podendo revelar aspectos políticos na indicação para a função. No estudo feito por Silva e Rodrigues (2013), os resultados revelaram que a indicação político-partidária poderia, ou não, seguir um perfil adequado na

escolha do gestor de saúde. Souza (2008) refere, entre outros aspectos, que a habilidade política é fundamental para que o gestor possa desempenhar bem seu papel, com compromisso social com as populações com as quais atuam. Porém, a questão política tem aspectos que favorecem, mas que também podem limitar a qualidade da gestão tanto para o gestor, como para quem atua na equipe gestora.

Em relação aos aspectos políticos que favorecem a gestão, qualquer articulação fica mais acessível se o gestor tem um posicionamento político estratégico. Um exemplo é a articulação com os entes federados na arrecadação de financiamento para a saúde. A captação de recursos é importante, em especial para os MPP, visto que os custos e as demandas são crescentes nessa área, em decorrência de mudanças no perfil epidemiológico, aumento da expectativa de vida da população, constante introdução de novas tecnologias e medicamentos, judicialização da saúde, aumento da violência e morte por causas externas, entre outras. Além disso, a insuficiência na oferta pública de serviços de média e alta complexidade e o longo tempo de espera para acesso a esses serviços acarretam para esses municípios gastos acima dos 15% do recurso próprio com a saúde conforme o estabelecido pela Lei 141/2012 que regulamentou a Emenda Constitucional 29. Isto exige dos gestores e de toda a equipe poder de argumentação, articulação e conhecimentos para enfrentar os desafios da gestão em saúde de seus municípios (BRASIL, 2012; BRASIL, 2015b).

Em relação às limitações da dimensão política da gestão, destacam-se os impasses decorrentes da gestão em serviços de saúde vinculados a interesses partidários e cargos, principalmente os de direção, que são conquistados como objetos de barganha e por pressão de interesses corporativos. A ocupação de cargos por “indicação” e não por competência profissional faz com que a saúde das pessoas se transforme em objeto de clientelismo e moeda de troca política. Este fato compromete a legitimidade do SUS diante da opinião pública, a profissionalização e a continuidade da gestão e a eficácia administrativa (VAISTMAN; MOREIRA; COSTA 2009; DUSSAULT 1992 apud SILVA, 2005).

Junqueira et al. (2010) e Paim e Teixeira (2007) destacam que a indicação política se expressa na ocupação de cargos de direção em todos os níveis do sistema público de saúde, porém mais facilmente visualizado nos MPP, onde predomina a prática de distribuição de cargos na estrutura administrativa em razão dos interesses político - partidários ou pressões corporativas que obrigam gestores a

buscar garantir a “governabilidade” da sua gestão, reproduzindo, assim, o lastimável amadorismo que caracteriza a gestão do SUS em várias áreas.

O fato de reconhecer, valorizar e refletir sobre os principais problemas das dimensões técnicas e políticas inerentes à gestão ajuda a racionalizar a complexidade e as dificuldades dessa função, constituindo um passo essencial para percorrer o caminho de enfrentamento e superação dos principais problemas para garantir uma gestão efetiva e com qualidade para a população.

Tabela 4 - Distribuição da experiência, cargo e tempo de atuação anterior na gestão da equipe gestora de saúde nos Municípios de Pequeno Porte pertencentes a 16^a, 17^a, 18^a, 19^a e 22^a Regionais de Saúde da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, 2014.

Variáveis	16 ^a		17 ^a		18 ^a		19 ^a		22 ^a		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Experiência												
Não	125	80,6	87	68,5	129	73,7	130	76,5	86	73,5	557	74,9
Sim	30	19,4	40	31,5	46	26,3	40	23,5	31	26,5	187	25,1
Total	155	100,0	127	100,0	175	100,0	170	100,0	117	100,0	744	100,0
Cargo												
Saúde pública	26	86,7	26	65,0	31	67,4	28	70,0	23	74,2	134	71,7
Público fora da área da saúde	3	10,0	14	35,0	11	23,9	9	22,5	6	19,4	43	23,0
Saúde privada	-	-	-	-	1	2,2	3	7,5	2	6,4	6	3,2
Privada fora da área da saúde	1	3,3	-	-	3	6,5	-	-	-	-	4	2,1
Total	30	100,0	40	100,0	46	100,0	40	100,0	31	100,0	187	100,0
Tempo												
Até 1 ano	3	10,0	9	22,5	11	23,9	12	30,0	5	16,1	40	21,4
1 —3 anos	6	20,0	13	32,5	16	34,8	12	30,0	9	29,0	56	29,9
3 — 6 anos	13	43,3	11	27,5	11	23,9	7	17,5	10	32,3	52	27,8
6 — 9 anos	5	16,7	2	5,0	-	-	5	12,5	3	9,7	15	8,0
9 — 12 anos	1	3,3	2	5,0	5	10,9	1	2,5	1	3,2	10	5,3
12 — 24 anos	1	3,3	2	5,0	1	2,2	3	7,5	2	6,5	9	4,8
24 anos ou mais	1	3,3	-	-	-	-	-	-	1	3,2	2	1,1
Não respondeu	-	-	1	2,5	2	4,3	-	-	-	-	3	1,6
Total	30	100,0	40	100,0	46	100,0	40	100,0	31	100,0	187	100,0

Fonte: próprio autor

4.4 Autopercepção de Preparo

Os resultados apresentados nesta sessão incluem a forma como os participantes obtiveram o preparo para a atuação na função de gestão, a autopercepção sobre o preparo e os fatores relacionados (Tabela 5).

Do total de entrevistados, 277 (37,2%) atribuem aos cursos ofertados pela regional a principal forma de obter preparo para o cargo (Tabela 5). A maioria não especificou quais eram os cursos da regional que os prepararam, e grande parte dos que citaram, mencionou o Programa de Qualificação da Atenção Primária a Saúde do estado do Paraná (APSUS).

Esse é um programa do governo estadual, que institui uma nova lógica para a organização da atenção primária, estreitando as relações entre Estado e municípios, fortalecendo a capacidade de assistência e de gestão, com vistas à implantação das redes de atenção à saúde (Mãe Paranaense, Urgência e Emergência, Pessoa com deficiência, Saúde Mental, Pessoa Idosa e Condições Crônicas) na implementação e consolidação do SUS conforme previsto no decreto nº 7508/2011, o que possibilitará à população um atendimento resolutivo e com qualidade. Entre as propostas do APSUS, está a instituição de um projeto que implementa ações e serviços para a promoção do cuidado da população em todo seu ciclo de vida, produzindo uma mudança em todo o modelo de Atenção à Saúde a ser desenvolvido pelas equipes de saúde dos municípios, com envolvimento de regionais de saúde e universidades. E uma das etapas do programa é a EPS (PARANÁ, 2015).

Os modelos de atenção à saúde devem ser organizados para a atenção às condições crônicas e condições agudas. Nos últimos cinquenta anos, o modelo de atenção às condições agudas tem prevalecido. Neste início de século, o modelo de atenção às condições crônicas deve-se ampliar no Brasil e no mundo. Os principais fatores determinantes do aumento das condições crônicas são as mudanças demográficas, as mudanças nos padrões de consumo e nos estilos de vida, a urbanização acelerada e as estratégias mercadológicas. Com isso, deve-se refletir sobre como organizar um sistema que atenda às condições agudas e crônicas frente à nova realidade mundial nos padrões de adoecimento e mortalidade (BRASIL, 2011). A proposta das redes de atenção à saúde é restabelecer a coerência entre a

situação de saúde com a transição demográfica e epidemiológica com forte predomínio de condições crônicas e estabelecer uma rede integrada de saúde que opere de forma contínua e proativa voltada equilibradamente para a atenção às condições agudas e crônicas (MENDES, 2011).

O propósito é superar os sistemas fragmentados de atenção à saúde, fortemente hegemônicos, que se (des)organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados que não se comunicam entre si. Por consequência, são incapazes de prestar atenção contínua e integral à população. Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização. Neles, a atenção primária não se comunica fluidamente com a atenção secundária, e esses dois níveis também não se conectam com a atenção terciária. Diferentemente, os sistemas integrados de atenção, as Redes de Atenção à Saúde, são aqueles organizados por meio de uma rede integrada poliárquica de pontos de atenção que presta assistência contínua e integral a uma população definida, com comunicação fluida entre os diferentes níveis de atenção à saúde (PARANÁ, 2011). A população se vincula às redes por meio da Atenção Primária à Saúde. Não há possibilidade de se estruturar uma rede de qualidade se não tivermos uma Atenção Primária de qualidade (MENDES, 2011).

Dessa forma, a equipe de gestão, ao participar de processo de discussão e reflexão sobre os diferentes pontos de atenção à saúde (crônicos e agudos), poderá se apropriar dos princípios e diretrizes do SUS, com vistas a melhorar os serviços locais de saúde, bem como contribuir para a implementação das Redes de Atenção à saúde. À medida que se amplia a análise sobre o sistema de saúde, essa equipe têm a possibilidade de refletir sobre ele e conhecê-lo, algo fundamental para se sentir preparado para a atuação, seja em cargos de gestão ou em cargos assistenciais.

Esses fatos revelam a importância do papel das RS no processo de formação profissional e de apoio aos gestores nos MPP. Castro, Castro e Vilar (2005) encontraram resultado semelhante, em que a maioria dos pesquisados referiu a importância dos cursos oferecidos pelas RS para a atuação na gestão.

Nunes et al. (2016) apontam que aqueles que ocupam cargo de gestão devem passar por processos de formação gerencial/gestão e que nos MPP, esse trabalho deveria ser apoiado mais efetivamente pela esfera estadual e federal com atuação estratégica em questões da gestão do trabalho no SUS, como a elaboração

de políticas que orientem a gestão e que contribuam para a formação e a qualificação da equipe de gestão.

O APSUS, porém, apresenta potencialidades e limites para mudanças. A potencialidade é que a equipe gestora também deve assumir o seu papel enquanto responsável pela mudança, pois participa do processo de capacitação e, depois de participar, precisa replicar e incorporar transformações em suas práticas. E o limite é o papel do Estado na transformação ou manutenção do modelo assistencial vigente. Dessa forma, para que se atinjam os objetivos propostos com o APSUS, o Estado deve fortalecer o papel das regionais, desenvolvendo estratégias intencionais de formação e educação permanente de trabalhadores de saúde, e de gestores que apontem na direção de transformação das práticas de saúde.

A segunda forma de preparo mais relatada foi a experiência do dia a dia, com 184 (24,7%) referências (Tabela 5). Contudo, deve-se considerar que essa experiência às vezes pode significar reprodução de modelo vigente e não uma prática de transformação.

Na perspectiva da EPS, o espaço do trabalho é concebido enquanto espaço democrático e pedagógico em que todos os atores envolvidos são capazes de contribuir com o processo de gestão em saúde. O processo de EPS tem o potencial de permitir ao gestor e à equipe gestora desenvolverem a capacidade de trabalho em equipe, a discussão de suas experiências e dificuldades na gestão, a fim de estabelecer redes de informação, o que torna o gestor e sua equipe aprendizes e reflexivos durante o próprio processo de trabalho (CECCIM; FERLA, 2011; CECCIM, 2012).

Deve-se valorizar essa sabedoria prática, não apenas na execução do cuidado ou de uma técnica em saúde, mas como uma construção compartilhada de modos de vida, atitude e espaço de reconstrução e interação de sujeitos por meio de reflexões e inovações em aspectos da maior relevância no cuidado em saúde, como acolhimento, vínculo e responsabilização na organização da assistência à saúde, constituindo-se em uma sabedoria prática para a saúde, ou seja, valorizar esta sabedoria da mesma forma que se valoriza o saber técnico (AYRES, 2000; 2009; SILVA Jr et al., 2003 apud AYRES, 2004). Porém, há que se refletir sobre qual é a direção ou sob qual marco teórico/prático/ideológico esta centrada a prática cotidiana. O *modus operandi* é de manutenção ou de transformação?

Pode-se com o estudo ressaltar que a EPS é uma estratégia pedagógica importante e necessária para a formação dos gestores e trabalhadores que atuam na saúde, ao possibilitar que ampliem seus conhecimentos sobre o SUS e gestão. Imprescindível, portanto, é a apropriação de conhecimentos pertinentes a essas áreas para a viabilização de mudanças na gestão e na prática profissional, mesmo considerando que existem vários fatores que interferem nos processos e que não são controlados por gestores e profissionais. Não se muda a realidade com poucos profissionais capacitados e motivados para a transformação do modelo de atenção.

Tabela 5 - Distribuição das formas de preparo autorreferido para obtenção de preparo para o cargo da equipe gestora de saúde nos Municípios de Pequeno Porte pertencentes a 16^a, 17^a, 18^a, 19^a e 22^a Regionais de Saúde da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, 2014.

*Variáveis	16 ^a		17 ^a		18 ^a		19 ^a		22 ^a		Total (N= 744)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cursos												
Cursos regional	57	53,8	50	64,9	48	51,5	77	64,1	45	65,3	277	37,2
Especialização	16	15,1	6	7,8	18	19,4	14	11,7	12	17,4	66	8,9
Graduação	19	17,9	7	9,1	13	14,0	11	9,2	6	8,7	56	7,5
Outros cursos	12	11,3	11	14,3	12	12,9	15	12,5	5	7,2	55	7,4
Curso técnico	2	1,9	3	3,9	2	2,2	3	2,5	1	1,4	11	1,5
Experiência anterior												
Atuação área clínica assistencial da saúde	3	21,4	3	21,4	8	47,1	8	34,8	3	18,8	25	3,4
Atuação na área administrativa ou gestão em outros serviços privados	3	21,4	4	28,6	1	5,9	8	34,8	4	25,0	20	2,7
Atuação na área administrativa ou gestão no setor público	2	14,3	2	14,3	-	-	2	8,7	3	18,8	9	1,2
Atuação em cargo de gestão na saúde pública	2	14,3	-	-	3	17,6	1	4,3	3	18,8	9	1,2
Atuação na área administrativa da saúde	-	-	1	7,1	3	17,6	3	13,1	1	6,2	8	1,1
Atuação cargo executivo saúde	2	14,3	2	14,3	-	-	1	4,3	2	12,4	7	0,9
Atuação cargo executivo no setor publico	2	14,3	-	-	1	5,9	-	-	-	-	3	0,4
Atuação área de gestão hospitalar	-	-	2	14,3	1	5,9	-	-	-	-	3	0,4
Outra maneira												
Experiência dia a dia/ troca de experiência	21	60,0	41	97,6	53	72,6	49	87,5	20	62,5	184	24,7
Outras formas	11	31,4	-	-	17	23,3	5	8,9	9	28,1	42	5,6
Participação comissões/reuniões	1	2,9	1	2,4	3	4,1	1	1,8	2	6,3	8	1,1
Apoio da regional	2	5,7	-	-	-	-	1	1,8	1	3,1	4	0,5

* As variáveis referem-se a resposta da população de estudo, podendo o entrevistado citar uma ou mais de uma variável.

Fonte: próprio autor

Quanto à autopercepção do preparo para o desempenho da função de gestão, 97,6% afirmaram se sentirem preparados, seja integralmente ou parcialmente para exercer a função. Não houve diferenças significativas entre as regionais. Um dos fatores associados à autopercepção de preparo foi possuir experiência anterior em cargos de gestão ($p < 0,05$) (Tabela 6).

Tabela 6 – Variáveis relacionadas à autopercepção de preparo para o cargo da equipe gestora de saúde nos Municípios de Pequeno Porte pertencentes a 16^a, 17^a, 18^a, 19^a e 22^a Regionais de Saúde da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, 2014.

Váriáveis	RP (IC95%)	p
Experiência anterior no cargo de gestão	4,38 (2,21-6,55)	0,000
Ter nível superior	2,72 (1,00-7,42)	0,041
Ter graduação na área da saúde	1,52 (0,44-5,22)	0,467
Ter idade abaixo da média	3,88 (1,20-12,5)	0,014
Tempo de atuação na saúde acima da média	1,01 (0,36-2,83)	0,970
Tempo de atuação no cargo de gestão acima da média	2,12 (0,60-7,46)	0,176
Conhecer cinco ou mais dos instrumentos de gestão	1,36 (0,49-3,79)	0,548
Elaborado cinco ou mais instrumentos de gestão	2,89 (0,82-10,16)	0,066
Ter realizado curso para de obtenção de preparo	5,41 (2,74-8,08)	0,000

Fonte: próprio autor

Embora tenham sido poucos os que mencionaram possuir experiência prévia em gestão, 187 (25,1%), verifica-se o quanto o cotidiano do mundo do trabalho é um potente espaço de aprendizagem conforme explicitado anteriormente quando foi mencionado a PNEPS. O conhecimento tácito, ou seja, o dia a dia do trabalho, bem como experiências prévias possibilitam à equipe gestora uma aprendizagem significativa. Tal aprendizagem ocorre quando o objeto de conhecimento possui familiaridades com proposições relevantes preexistentes na estrutura cognitiva do indivíduo, uma vez que sua essência se expressa na construção de relações entre aquilo que é apresentado ao sujeito e aquilo que ele já sabe (AUSUBEL; 1982).

Outro fator associado à autopercepção de preparo foi ter idade abaixo da média (37,8 anos) ($p < 0,05$) (Tabela 6). Essa associação parece contrariar a anterior, visto que, em geral, pessoas que já possuem experiência anterior em gestão tendem a também possuir mais idade. Contudo, o sentir-se preparado não necessariamente tem relação com o preparo técnico ou maior maturidade profissional, mas também com aspectos políticos. Existe uma possibilidade de grande parte dessa equipe de gestores ter sido indicada por prefeitos ou secretários de saúde, desse modo, assumir o despreparo não é uma condição confortável. Outro aspecto importante a

destacar, é em que medida essa associação positiva de elevada autopercepção de preparo reflete a contribuição e o preparo dos gestores nas mudanças de práticas que atendam às necessidades da população? Ou se sentem preparados porque desconhecem a complexidade do projeto do SUS e acabam reproduzindo a manutenção de um modelo médico hegemônico?

O fato de ter curso superior e ter realizado algum curso para a obtenção do preparo também se associa à autopercepção de preparo ($p < 0,05$) (Tabela 6). Essa associação, por sua vez, é coerente com as formas citadas pela equipe gestora para a obtenção de preparo. Cabe apontar que, se esses mesmos atores tiverem a compreensão de que seu trabalho depende tanto da dimensão técnica quanto da política, o preparo (por cursos de graduação ou por cursos ofertados pela regional) pode possibilitar que as equipes de gestores de MPP executem um trabalho que oportunize o acesso de todos os pontos de atenção à população e que atenda às necessidades de saúde de forma integral e resolutiva.

O gestor e sua equipe não são apenas administradores da máquina pública, mas também implementadores da política de Estado. Um agente de gestão não é só o executor da política da instituição, ele situa-se como parte da formulação da política de Estado, sendo também um formulador de políticas (MERHY, 1992 apud SCHRAIBER, 1999). Da mesma forma, Habermas (1990), Rivera (1991) e Testa (1995) apud Paim (2002) afirmam que se as práticas de saúde dependem do trabalho humano, a gestão da saúde exige competência, responsabilidade, habilidade, interação e criatividade dos sujeitos que as realizam e os modelos de gestão a serem adotados devem contemplar o diálogo e o entendimento que caracterizam o “agir comunicativo”.

Embora o MPP seja responsável pela atenção básica da sua população, ele também precisa garantir, por meio de pactuações com os demais entes municipais e estaduais, o acesso e atendimento de sua população aos demais níveis de atenção, oferecendo um atendimento integral, resolutivo e de qualidade à sua população mesmo que este não ocorra em seus limites territoriais (VILANI; BEZERRA, 2013; MELLO; IBÁÑEZ; VIANA, 2011).

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde (MS) tem viabilizado, por meio de parcerias com instituições de ensino, de serviço e sociedade civil, processos de capacitação na área de gestão para diversos níveis, contribuindo para a readequação dos perfis dos gestores. Contudo, é fundamental a continuidade

desses processos na lógica da Educação Permanente em Saúde (EPS), para possibilitar a participação de novos membros da equipe gestora e para a inclusão e o aprofundamento de temas estratégicos (CASTRO; CASTRO; VILAR, 2005).

Diante desse contexto, é fundamental destacar a importância de as instituições formadoras inserirem nos seus cursos regulares (técnicos, graduação e pós graduação) vivências de EPS enquanto estratégia de reflexão sobre o cotidiano do trabalho, com vistas a gerar mudanças profundas e significativas no SUS e nas práticas de saúde, como também ampliar a capacidade de análise de alunos e profissionais sobre as dificuldades macroestruturais que limitam a qualidade na saúde; além de torná-los protagonistas dos processos de mudanças, contribuindo na melhoria dos indicadores de saúde dos municípios e no acesso aos serviços. Mas, para isso é importante que se fortaleça a integração ensino-serviço- comunidade e que os serviços garantam esses espaços de EPS.

A cada ano há novos profissionais com diferentes formações e ideologias iniciando atuação nos vários cenários de trabalho do SUS. Somam-se a eles outros trabalhadores que já vêm, continuamente, enfrentando desafios sabidamente conhecidos, tanto na área de gestão como na de atenção/assistência. Esses profissionais, iniciantes ou não, necessitam de uma articulação das instituições formadoras e dos diferentes níveis de gestão, de modo a possibilitar a construção de processos de educação permanente, oferecendo espaços de capacitação e reflexão crítica positiva, diante dos problemas e desafios da Saúde Pública nos municípios e regiões (MACHADO; LIMA; BAPTISTA; 2011).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As informações apresentadas no presente estudo sinalizam as características do preparo da equipe para o desempenho da função de gestão em municípios pequeno porte. Desse modo, elucidar essas características é fundamental para contribuir na formação de profissionais, seja para aqueles que ainda estão em processo de formação seja para aqueles que já se encontram nos mais diversos serviços de saúde, até mesmo em cargos de gestão.

A maioria dos entrevistados possuía escolaridade elevada; tempo importante de atuação na área da saúde, e a maioria dos cargos da equipe gestora era ocupada por profissionais graduados na área da saúde, e menos de 30% referiram ter experiência anterior em gestão.

Quanto à preparação específica para a gestão local em saúde, verificou-se a importância dos cursos ofertados pela regional e da aprendizagem em serviço. À medida que essa aprendizagem em serviço ocorre na lógica da EPS, é fundamental investir na construção de espaços e políticas institucionais de reflexão das práticas desses trabalhadores. Porém, quando os cursos oferecidos pelas regionais e as práticas cotidianas atuam muito mais na lógica da manutenção de um modelo médico-hegemônico, dificilmente esses serão instrumentos de transformação das práticas de saúde e de modelos de atenção.

Outra questão a se destacar, é em que medida esses cursos de pós-graduação que se propõem a discutir modelos de atenção e práticas de saúde estão contribuindo para a formação dos profissionais que atuam nas equipes gestoras. É importante que esses cursos problematizem a realidade que a gestão da saúde pública enfrenta e que sejam mais voltados para a realidade dos serviços.

Da equipe gestora entrevistada, quase a totalidade referiu se sentir integralmente ou parcialmente preparada para o desempenho na função. Essa afirmativa pode ter relação com o fato de a maioria ter formação na área da saúde. No entanto, um percentual importante dos trabalhadores apontou não ter formação específica na área de gestão e também não ter tido experiência prévia ao assumir o cargo, o que pode sinalizar que se sentir preparado não está apenas relacionado com a formação para o cargo, mas também com outros aspectos, tais como: capacidade de articulação política, de negociação, capacidade de escuta, diálogo,

reconhecimento pela população, indicação política e a manutenção de uma prática de saúde baseada no modelo médico- hegemônico.

É importante refletir sobre o limite dessa elevada autopercepção positiva de preparo para o cargo (97,5%), tendo em vista que 74,9% referiram não possuir experiência anterior em gestão, que mais de 50% iniciaram seu trabalho na área da saúde já em cargos de gestão e citaram a experiência no dia a dia como segunda forma de obtenção de preparo para o cargo.

Outra questão a se destacar na pesquisa foi a importância de não olhar somente para o Secretário de Saúde como gestor, visto que os demais membros da equipe garantem a continuidade da gestão do SUS. A formação e o preparo dos profissionais de carreira/equipe garantem a continuidade no desenvolvimento das políticas públicas de saúde nos MPP, avanços na gestão, continuidade do SUS e fortalecimento da atenção básica.

Ressalta-se a importância de ampliar a discussão sobre a *profissionalização da gestão, a carreira de ser gestor no SUS*, envolvendo trabalhadores, equipes gestoras e gestores dos três entes federados, entidades de classe, sociedade civil, universidades, num contexto de fragilidades, inconstâncias e desafios para a saúde em que a indicação política do cargo é frágil. O futuro do SUS passa pela gestão. O gestor do futuro, além de ter uma boa formação, conhecer o SUS, o processo saúde- doença, conhecer e participar da discussão e elaboração dos instrumentos de gestão, saber reconhecer e planejar prioridades locais de saúde etc, ele terá que ser um líder capaz de mobilizar sociedade civil, instituições e governantes para a construção de melhorias para o SUS. Deste modo, quanto mais pessoas estiverem envolvidas no processo de gestão, mais pessoas terão conhecimento sobre o seu funcionamento e compromisso com as mudanças necessárias para o fortalecimento do SUS.

A gestão da saúde é uma atividade complexa, e o tema *preparo da equipe gestora* é muito pouco discutido na literatura, tampouco em municípios de pequeno porte. Há a necessidade de estudos futuros que aprofundem a compreensão do preparo da equipe gestora para o desempenho da função nessas localidades, e o papel das regionais de saúde na formação desses profissionais, considerando que os cursos desenvolvidos por essas instituições foram apontados como os espaços que mais os prepararam para o cargo de gestão. Esse fato aponta para a

importância do Estado no processo de formação de gestores e equipe na ativa, bem como na formação de novas lideranças e futuros gestores para a área da saúde.

Por fim, há que se provocar mobilização e conscientização por parte das regionais de saúde em criar iniciativas de cursos com a formação em gestão na área da saúde, a fim de que ocorra um processo de formação de novas lideranças e gestores para a área da saúde , manter e valorizar os gestores que já estão em cargos de gestão.

AGRADECIMENTOS

Ao grupo do projeto de pesquisa “A gestão do SUS em municípios de pequeno porte do Paraná a partir do olhar da equipe gestora”. À CAPES por ter contribuído para esta etapa no meu processo de formação.

REFERÊNCIAS

- ALVES, M.; PENNA, C. M. D. M.; BRITO, M. J. M. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 4, p. 441-446, 2004.
- ARIAS, E. H. L. et al. Gestão do trabalho no SUS. **Cadernos RH saúde**. Brasília, v.3, n.1, p.119-124, mar. 2006.
- AUSUBEL, D. P. **A aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel**. São Paulo: Moraes, 1982.
- AYRES, J. R. D. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 4, n. 6, p. 117-120, 2000.
- AYRES, J. R. D. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.
- AYRES, J. R. D. C. M. Para compreender o sentido prático das ações de saúde: contribuições da hermenêutica filosófica. In: **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2009.
- BATISTA, K. B. C; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 20, n.4, p. 884-899, 2011.
- BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB- SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- _____.Ministério da Educação. 09/06/2000. **Providências do CNE/CEB para orientar os Conselhos Estaduais de Educação sobre procedimentos para implantar a educação profissional de nível técnico**. Documenta (463), Brasília, Abril, 2000. Disponível em:<<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/PCB10.pdf>>Acesso em: 20/09/2015.
- _____.Decreto-lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agentes Comunitários de Saúde e dá outras providências. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, D.F.,10 julh.2002. Disponível em: <[http:// www.pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude/leis/lei_10507_02](http://www.pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude/leis/lei_10507_02)> Acesso em: 11 jul.2015.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 198/GM/MS** de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de Educação e desenvolvimento para o SUS: Caminhos da Educação Permanente em Saúde: Pólos de Educação permanente em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/ 2004 e Norma Operacional Básica NOB/SUAS.** Brasília-DF, Nov./2005a, 175p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem- Integradora.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1996/GM/MS** de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica.** 7ª ed. Brasília, 2009b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf> Acesso em: 25/10/2015.

_____. Organização Pan-Americana da Saúde. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: 2011. 549 p.

_____. Presidência da República. **Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde. **Avaliação de Políticas e Programas Nacionais da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no SUS,** Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.obsnetims.org.br/uploaded/11_5_2015__0_Sumario_Executivo_Avaliacao_de_Politicass_e_Programas_Nacionais.pdf> Acesso em: 23/09/2015.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Cartilha de orientação sobre a Lei de Responsabilidade Fiscal.** Disponível em: <http://www.conarqarquivosmunicipais.arquivonacional.gov.br/media/cart_lei_responsabilidade_fiscal.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2015a.

_____. **Consensus**. Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Desafios do SUS: o que esperar para os próximos anos. Ano v, n.14, jan/fev/mar. 2015b.

CAMPOS, G.W.S. Regionalização é o futuro do SUS. **Região e Redes: caminho da universalização da saúde no Brasil**. Disponível em:< [http:// www. resbr.net.br/regionalizacao-e-o-futuro-do-sus/](http://www.resbr.net.br/regionalizacao-e-o-futuro-do-sus/)> Acesso em: 21/08/2015.

CARDOSO, G. M. F; M.F.C; LAZAROTTO,E.M. Perfil da enfermeira na função gerencial do sistema de saúde pública. **Seminário Nacional: Estado e políticas sociais no Brasil**, 2003. Disponível em:<[http://www.cac-
php.unioeste.br/projetos/gpps/mídia/seminario1/trabalhos/Saude/eixo5/33marleifatimacezarottofiewski.pdf](http://www.cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario1/trabalhos/Saude/eixo5/33marleifatimacezarottofiewski.pdf)> Acesso em: 28 mai.2015.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política de atenção primária á saúde no Brasil: notas sobre a regulação e financiamento federal. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693-705, abr. 2010.

CASTRO, J. L; CASTRO J.L; VILAR, R.L.A. **Quem são os gestores municipais de saúde no Rio Grande do Norte? Um estudo sobre o perfil**, 2005. Disponível em: <http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/RepertorioObservaRH/NESC-RN/Quem_são_%20gestores.RN.pdf> Acesso em 28 mar. 2015.

CARVALHO, B. G. et al. Gerência de Unidades Básicas de Saúde em municípios de diferentes portes: perfil e instrumentos gerenciais utilizados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 5, p. 907-914, 2014.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n.1, p. 41-65, 2004a.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1400-1410, 2004b.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. **Abertura de um eixo reflexivo para a educação da saúde**: o ensino e o trabalho. In: MARINS, J. J. N.; RÊGO, S. Organizadores. Educação médica: gestão, cuidado, avaliação. São Paulo: Hucitec; 2011; p. 258-277.

CECCIM, R. B. Desenvolvimento de competências no trabalho em saúde: educação, áreas do conhecimento e profissões no caso da saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v.6, n.2, abr. 2012. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1128/1041>>. Acesso em: 25 jan. 2016.

COELHO, M. C. R. V. **Emprego e características sócio- demográficas: um estudo sobre a precarização nos distritos sanitários de belo horizonte**. 2007. 78f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública (Saúde e Trabalho). Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

DOMINGOS, C. M. et al. A legislação da atenção básica do Sistema Único de Saúde: uma análise documental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 3, 2016.

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**. Rio de Janeiro, v. 14, suppl. 1, p.1541-1552, 2009.

FERNANDES, M. C. et al. Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 11-15, 2010.

FIGUEIREDO, P. P. D. et al. Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 235-259, 2010.

FILHO, M. A. Para saber a diferença entre a educação não formal e a educação informal. **Jornal da Unicamp**, Campinas, 13-19 ago, 2007.

GASPAR, A. A Educação formal e a educação informal em ciências. **História em revista**. Rio de Janeiro: Editora Cidade Cultural, 1990.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**: estimativa de população 2010. Rio de Janeiro, 2010a. Disponível em: ><http://g1.globo.com/brasil/noticia/2010/11/saiba-populacao-de-cada-cidade-segundo-o-censo-2010-do-ibge.html>> Acesso em 13/02/2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2010 - Paraná**. Rio de Janeiro, 2010b. Disponível em:> <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=29&uf=41>>Acesso em:07/10/2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010: estimativa populacional para o ano de 2015 – Paraná**. Rio de Janeiro, 2013.

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

LEITE, V. R.; LIMA, K. C.; VASCONCELOS, C. M. D. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1849-1856, 2012.

LINHARES, J. **Responsabilidade na gestão pública**: os desafios dos municípios. Brasília :Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2008.

LUNA, S. M. M. **Perfil dos gestores municipais de saúde do estado do Mato Grosso**. 2008. 134f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante (Gestão de sistemas de saúde). Universidade do Estado do Mato Grosso, Cáceres, 2008.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. In: LEITÃO, C.F et al. (org). **Qualificação de gestores no SUS**. 2 ed. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2011.136p.

MACHADO, M. H; OLIVEIRA, E.S; MOYSÉS, N.M.N. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: Pierantoni, C; POZ, M.R.D; FRANÇA, T.(Org). **O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Cepesc, Uerj, 2011, v.001, p.103-116. Disponível em:<http://www.obsnetims.org.br/uploaded/6_10_2014__0_livro_o_trabalho_em_sau_de.pdf > Acesso em: 11 de jul. 2015.

MACHADO, M.H. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária. In: **Cadernos RH Saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, v.3, n.1, mar/2006, 188p.

MAGALHÃES, E. A et al. A influência da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) na tomada de decisão pelos gestores públicos municipais. **Contabilidade Vista & Revista**. Belo Horizonte, v.16, n.3, p.9-26, 2005.

MEHRY, E.E. Saúde. **A cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MELLO, G. A.; IBAÑEZ, N.; VIANA, A. L. d'. A. Um olhar histórico sobre a questão regional e os serviços básicos de saúde no Estado de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 853-866, 2011.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. 2ª ed. Brasília: OPAS/OMS/CONASS, 2011.

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

MITRE, S. M., et al, Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: v.13 (sup 2), p. 2133-2144, 2008.

NUNES, E. F. P. A.; CARVALHO, B. G.; SANTINI, S. M. L. **Gestão do processo de trabalho na rede de atenção básica de saúde em municípios de pequeno porte na região norte do Paraná**. Relatório final do projeto de pesquisa: gestão do processo de trabalho na rede de atenção básica de saúde em municípios de pequeno porte na região norte do Paraná. Londrina. Universidade Estadual de Londrina, 2012. Relatório impresso.

NUNES, E. F. P. A. et al. Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná. **Saúde em Debate**, v. 39, n.104, p. 29-41, jan/mar.2015.

NUNES, E. F. P. A. et al. Trabalho gerencial em Unidades Básicas de Saúde de municípios de pequeno porte, Paraná, Brasil. **Revista Interface**. 2016.

OHIRA, R. H. F. **Caracterização dos gerentes e práticas gerenciais na Atenção Primária à saúde em municípios de pequeno porte da região Norte do Paraná**. 2012. 103p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

OHIRA, R. H. F.; CORDONI JUNIOR, L.; NUNES, E. D. F. P. D. A. Perfil dos gerentes de Atenção Primária à Saúde de municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 393-400, 2014.

OTTO, D. M. **Vínculo dos profissionais da Estratégia Saúde da Família com o trabalho e com a organização em um município de Santa Catarina**. 2012. 104fls. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde e Gestão do Trabalho). Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí.

PAIM, J. S. **Política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS, ISC, 2002. 447 p.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, suppl., p. 1819-1829, 2007.

PARANÁ. **As redes de atenção á saúde no Paraná. Oficina 1**. SESA: Curitiba, 2011. Disponível em:>http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/APSUS__Ed._Permanente/Oficina_01/guia_do_tutor.pdf>Acesso em: 17/02/2016.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Escola de Saúde Pública do Paraná. **Curso de especialização para formação de gestores e equipes gestoras do SUS**: Caderno do Curso. Curitiba: SESA/ ESPP, 2013.

PARANÁ. GOVERNO DO PARANÁ. **APSUS**: Atenção primária á saúde de qualidade em todo Paraná. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/APSUS/MapaEstrategico_APSUS.pdf> Acesso em: 28/09/2015.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população**. 2007. 247f. Tese de Livre Docência. (Pós Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PIERANTONI, C.R; VARELLA, T.C; FRANÇA, T. Recursos humanos e Gestão do Trabalho em saúde: teoria para a prática. In: **Cadernos RH Saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, v.3, n.1, mar/2006, 188p.

RIBEIRO, R. M. C. **Avaliação dos aspectos da gestão em saúde em municípios de pequeno porte da microrregião de Jequié- Bahia**. 2012. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde). Departamento de Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, 2012.

RIVERA, F.J.U; ARTMANN, E. **Planejamento e gestão em saúde: conceitos, histórias e propostas**. Resenha. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2012.

SCALCO, S. V.; LACERDA, J. T.; CALVO, M. C. M. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, 603-614, mar. 2010.

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n.2, p. 221-242, 1999.

SILVA, A. L. A. Educação profissional e gestão em saúde: pressupostos teórico-conceituais na formação de profissionais de nível médio. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 351-369, 2005.

SILVA, M. A. A. ; RODRIGUES, V.Z.C. Gestão dos serviços de saúde no sistema único de saúde (sus) em uma regional de saúde do distrito federal (ses-df) visão do gestor relacionada ao preparo para a função. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, v. 4 n. 3, p. 843-60 , 2013.

SILVEIRA, D. S. et al. Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica á saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p.1714-1726, set. 2010.

SOUZA, R. R. **Construindo o SUS**: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. (Dissertação). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ, 2002.

SOUZA, M.K.B.; MELO, C.M.M. Perspectiva de enfermeiras gestoras acerca da gestão municipal da saúde. **Revista de Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.20-25, 2008.

SOUZA, L.E.P.F. de. Quem são os gestores municipais do SUS? In:LUNA, S. M. M. **Perfil dos Gestores Municipais de Saúde do Estado de Mato Grosso**. Cáceres [MT]: Editora Unemat, 2008, p. 19-21.

STAHLSCHMIDT, A. P. M. Integralidade, construção e socialização de conhecimentos no contexto da educação permanente e atuação de profissionais da área da saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 42, p. 819-827, 2012.

TANAKA, O. Y. et al. Formação de gestores locais de saúde: processos para identificar estratégias de atuação **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 33, n. 3, p. 219-229, 1999.

TEIXEIRA C.F.; MOLESINI, J.A. Gestão Municipal do SUS: atribuições e responsabilidades do gestor do sistema e dos gerentes de unidades de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador, v.26, n. 1-2, p.29-40, 2002.

VAISTMAN, J.; MOREIRA, M. R.; COSTA, N. R. Entrevista com Jairnilson Paim: um balanço dos 20 anos do Sistema Único de Saúde SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p. 899-901, 2009.

VANDERLEI, M. I. G. **O gerenciamento na estratégia de Saúde da Família**: o processo de trabalho dos gestores e dos gerentes municipais de saúde em municípios do estado do Maranhão. 2005. Tese de Doutorado. Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133.../vanderleimig.pdf>>. Acesso em: 18 maio, 2014.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W.S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006.

VIANA, A.L.d'Á.; MACHADO, C.V. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. **Physis**, Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.645-684, 2008.

VILLANI, R. A. G.; BEZERRA, A. F. B. Concepções dos gestores municipais de saúde de Pernambuco sobre a destinação e gestão dos gastos com saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 2, p. 521-529, 2013.

WILLIAMS, M. C. R. P et al. Recursos humanos em saúde no município de Poços de Caldas, MG. **Investigação**, v. 10, p. 60-68, 2010.

APÊNDICE A

Entrevista com os Secretários de Saúde

Roteiro para Entrevista aos Secretários Municipais de Saúde para identificação das pessoas que compõem a Equipe Gestora Meio da Secretaria Municipal de Saúde

Nome:

Município em que é Secretário Municipal de Saúde:

Regional de Saúde:

Nome das pessoas e função daquelas que exercem tais atividades:

Operação do fundo municipal de saúde:

Operação dos sistemas de informação:

Responsável pela área de Recursos Humanos:

Responsável pela Vigilância sanitária:

Responsável pela Epidemiológica:

Gerencia dos serviços de saúde:

Coordenação de programas:

Coordenação da Estratégia Saúde da Família:

Responsável pela regulação ou contato com outros serviços (agendamentos de exames e consultas especializadas, etc): Responsável pelo planejamento e avaliação de ações e serviços:

APÊNDICE B

Formulário de coleta de dados

1. Município _____/RS _____:

2. Iniciais do entrevistado:

3. Idade: _____anos

4. Fone:

5. Sexo: (1)Feminino (2)Masculino

6. Formação:

(1) Ensino fundamental (1º grau) incompleto

(5) Superior incompleto

(2) Ensino fundamental (1º grau) completo

(6) Superior completo

(3) Ensino médio (2º grau) incompleto

(7) Pós graduação

(4) Ensino médio (2º grau) completo

7. Tem ou está cursando o ensino superior?

(1) Sim

(2) Não

8. Qual (s) curso(s) de graduação? (digitar. Caso não tenha, escrever não se aplica)

9. Se tem pós-graduação, qual o curso:(digitar)

Residência ou Especialização:

1) _____

2) _____

Mestrado: _____

Doutorado: _____

10 Há quanto tempo você trabalha na área da saúde? _____ meses

11. Qual é a modalidade de sua contratação?

(1) Estatuto do Servidor Público

(2) Contrato temporário

(3) Convenio/terceirizado com associação comunitária, ONG, OSCIP (CLT)

(4) Prestação de serviços/Autônomo

(5) Cargo Comissionado

(6) CLT (vínculo municipal)

(7) Outras(especificar): _____

(8) Não sabe

12. Você ingressou neste emprego através de:

(1) Concurso Público (2) Teste seletivo (3) Indicação (4) Entrevista

(5) Curriculum Vitae (3) Outra forma: _____

13. Tem Plano de Carreira no município? (1) Sim (2) Não

14. Qual a sua carga horária semanal contratada: _____ horas/semana

15. Qual a carga horária semanal que você cumpre: _____ horas/semana

16. Qual sua remuneração mensal bruta pelo seu trabalho (que recebeu no último mês)?
R\$ _____

17. Possui outro vínculo de trabalho? (1) Sim (2) Não

18. Se sim especifique (função, instituição, carga horária semanal, há quanto tempo, tipo de vínculo): _____

19. Função/atividade exercida atualmente no município: (Preencher com numero 1 se sim, e 0 se não)

secsaude19	Secretário(a) de Saúde
respvigiepi19	Responsável pela Vigilância Epidemiológica
gerfundo19	Gerência fundo municipal de saúde
coordhospita19	Coordenador de hospital
coordclinica19	Coordenador de clínica
coordubs19	Coordenador de UBS
respim19	Responsável pelo SIM
respsia19	Responsável pelo SIA
respsih19	Responsável pelo SIH
respsinasc19	Responsável pelo SINASC
respsipni19	Responsável pelo SIPNI
respsiab19	Responsável pelo SIAB
respsiscat19	Responsável pelo SISCAT
respsisvan19	Responsável pelo SISVAN
respsinan19	Responsável pelo SINAN
coordesf19	Coordenação da Estratégia Saúde da Família/PSF ou APS;
resprh19	Responsável pela área de Recursos Humanos
respplan19	Responsável pelo planejamento e avaliação de ações e serviços (Plano Mun.Saúde, RAG, COAP);
respvs19	Responsável pela Vigilância Sanitária
respEXCON19	Responsável por agendamentos de exames e/ou consultas especializadas, etc;
coordSB19	Coordenação da Saúde Bucal
coordSM19	Coordenação da Saúde Mental
coordAF19	Coordenação pela Assistência Farmacêutica
respComp19	Responsável por compras e licitações
Outra 19	Outra (digitar):

20. Você foi nomeado formalmente para o exercício dessa função?

(1) Sim (2) Não (3) Não sabe

21. Além de seu salário, o município lhe paga algum outro valor como incentivo?

(1) Sim (2) Não (3) Não sabe

22. Como foi a indicação para o cargo que exerce na gestão no município?

(1) Indicado pelo prefeito

(2) Indicado pelo secretário de saúde

(3) Outra forma (digitar) : _____

23. Há quanto tempo exerce esta função no município? _____ meses

24. Se sente preparado para desempenho desta função? (1) Integralmente (2) Parcialmente (3) Não

25. Se sim, o preparo foi obtido:

Por curso? qual? _____

Por experiência anterior, qual? _____

De outra maneira, qual? _____

26. Já exerceu este ou outro cargo de gestão neste ou em outro município/serviço?

(1) Sim (2) Não

27. Se sim, qual (is) cargo (s), por quanto tempo e onde?

28. Conhece os seguintes instrumentos de gestão?	COD.	(1) Sim	(2) Não
a) Plano Municipal de Saúde - PMS	PMSC28		
b) Programação Anual de Saúde – PAS	PASC208		
c) Relatório Anual de Gestão - RAG	RAGC28		
d) SISPACTO	SISC28		
e) Relatório quadrimestral prestação de contas em audiência pública	RQPCC28		
f) COAP	COAPC28		
g) Plano Plurianual - PPA	PPAC28		
h) Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO	LDOC28		
i) Lei Orçamentária Anual - LOA	LOAC28		

29. Participou da elaboração/discussão desses instrumentos?	COD.	Integral	Parcial	Não participou	Não se aplica
a) Plano Municipal de Saúde	PMSP29				
b) Programação Anual de Saúde	PASP29				
c) Relatório Anual de Gestão - RAG	RAGP29				
d) SISPACTO	SISP29				
e) Relatório quadrimestral de prestação de contas em audiência pública	RQPCP29				

f) Contrato Organizativo da ação Pública	COAPP29				
g) Plano Plurianual	PPAP29				
h) Lei de Diretrizes Orçamentárias	LDOP29				
i) Lei Orçamentária Anual	LOAP29				

30. Qual objetivo dos instrumentos de gestão?(PMS, RAG, SISPACTO, PAS, RQPC)	COD	(1) Sim	(2) Não	(3) Não se aplica
(1) Definir e planejar ações	OB130			
2) Atingir metas	OB230			
3) Orientar a aplicação recursos financeiros	OB330			
4) Elaboração diagnóstico	OB430			
5) Territorialização	OB530			
(6) Levantamento de necessidades/ prioridades	OB630			
(7) Implementação das políticas de saúde	OB730			

31. Como foi sua participação (PMS, RAG, SISPACTO, PAS, RQPC)	COD.	Sim	Não	Não se aplica
Proposição de ações e metas	CFP131			
Fornecimento dados	CFP231			
Discussão conteúdo e forma	CFP231			
Redação documento	CFP431			
Apresentação/ divulgação	CFP531			
Acompanhamento/ monitoramento	CFP631			

32. No seu município estão em desenvolvimento:	COD.	Sim	Não	Não sabe
Estratégia Saúde da Família	PSF32			
Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica	PMAQ32			
Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde	APSUS32			
Núcleo de Apoio à Saúde da Família	NASF32			
Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica- PROVAB	PROVAB32			
Mais Médicos	MM32			
VIGIASUS	VIGIA32			
Redes de Atenção Materno Infantil	redeMP32			
Redes de Urgência e Emergência	redeUE32			
Rede de Saúde Mental	redeSM32			
Rede de Doenças Crônicas	redeDC32			
Rede de Atenção ao	redeDF32			

Deficiente Físico				
Outros(especificar)	outros32			

33. Local de atuação: (1) Secretaria Municipal de Saúde (2) Prefeitura

34. Observações: _____

ANEXO A

Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
Universidade Estadual de Londrina
Registro CONEP 5231

Parecer CEP/UEL:	146/2012
CAAE:	06099412.3.0000.5231
Processo:	20860/2012
Pesquisador(a):	João José Batista de Campos
Unidade/Órgão:	CCS - Departamento de Saúde Coletiva

Prezado(a) Senhor(a):

O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina" (Registro CONEP 5231) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:

"A gestão do trabalho no SUS em Municípios de Pequeno Porte do Paraná a partir do olhar da Equipe Gestora"

Situação do Projeto: **Aprovado**

Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá ser encaminhado ao CEP/UEL relatório final da pesquisa, conforme prevê a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares.

Londrina, 14 de setembro de 2012.

Prof. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
Universidade Estadual de Londrina