



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

REGINA HITOMI FUKUDA OHIRA

**CARACTERIZAÇÃO DOS GERENTES E PRÁTICAS
GERENCIAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM
MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DA REGIÃO
NORTE DO PARANÁ**

REGINA HITOMI FUKUDA OHIRA

**CARACTERIZAÇÃO DOS GERENTES E PRÁTICAS
GERENCIAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM
MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DA REGIÃO
NORTE DO PARANÁ**

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.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Cordoni Júnior.

Londrina
2012

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina.**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

O37c Ohira, Regina Hitomi Fukuda.

Caracterização dos gerentes e práticas gerenciais na atenção primária à saúde em municípios de pequeno porte da região norte do Paraná / Regina Hitomi Fukuda Ohira. – Londrina, 2012.

101 f. : il.

Inclui bibliografia.

Orientador: Luiz Cordoni Junior.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2012.

1. Serviços de saúde comunitária – Administração – Teses. 2. Administração e saúde pública – Teses. 3. Cuidados primários de saúde – Teses. 4. Saúde pública – Teses. I. Cordoni Junior, Luiz. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614.2:658

REGINA HITOMI FUKUDA OHIRA

**CARACTERIZAÇÃO DOS GERENTES E PRÁTICAS
GERENCIAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DA REGIÃO
NORTE DO PARANÁ**

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

Prof. Dr. Luiz Cordoni Junior
UEL – Londrina - PR

Prof. Dr^a. Elisabete Fátima Polo Almeida
UEL – Londrina - PR

Prof^a. Dr^a. Magda Lúcia Félix de Oliveira
UEM – Maringá - PR

Londrina, 01 de agosto de 2012.

A Deus, por este momento.

Ao meu pai, mesmo não estando presente, orgulhoso da minha vitória.

À minha família, Jorge, Malu, Susy e Leandro, pelo incentivo e paciência.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter proporcionado mais esta etapa na minha vida profissional.

Ao professor Dr. Luiz Cordoni Junior, meu orientador, pelo direcionamento, correções e condução na construção deste trabalho.

À banca examinadora, pela preciosa contribuição para enriquecer o meu trabalho.

Ao Carlos Alberto, Edmarlon por socorrer sempre que precisei.

Ao Vítor e Fernanda, pelo precioso auxílio.

Aos docentes do programa por compartilhar os conhecimentos.

À Sandra Lage, pela prontidão nas minhas necessidades.

Aos secretários municipais de saúde pela permissão para realizar a pesquisa.

Aos gerentes dos municípios, por colaborarem neste estudo.

Aos colegas de curso pelos bons momentos, principalmente Cybele, Kécia, Marcela e Hellen.

À Eliana Catussi, minha amiga e irmã do coração, por ter me acompanhado sempre.

Muito obrigada!!

*Tenho pensamentos que, pudesse eu
trazê-los à luz e dar-lhes vida,
emprestariam nova leveza às
estrelas, nova beleza ao mundo, e
maior amor no coração dos homens.*

Fernando Pessoa

OHIRA, Regina Hitomi Fukuda. **Caracterização dos gerentes e práticas gerenciais na atenção primária à saúde em municípios de pequeno porte da região norte do Paraná.** 2012. 101 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

RESUMO

Com o processo de municipalização, decorrente da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), torna-se necessário a organização local para garantir a saúde como direito da população. O objetivo deste estudo é caracterizar o perfil dos gerentes da atenção primária à saúde (APS) e descrever as práticas gerenciais nos serviços de APS em 49 municípios de pequeno porte das 16^a, 17^a e 18^a Regionais de Saúde do Paraná. Trata-se de um estudo de natureza descritiva, no qual foi aplicado questionário semi-estruturado para 90 gerentes. Para análise estatística, utilizou-se o programa EpiInfo 3.5.1, e o desfecho nos resultados não foi homogêneo, visto que algumas questões não obtiveram 100% de respostas dos participantes. O perfil dos gerentes aponta 91,1% do sexo feminino, 50,0% com idade predominante entre 21 a 30 anos e 75,6% pós graduados. Quanto ao ingresso no emprego, 70,0% foram por meio de concurso público/teste seletivo, com atuação profissional de 40,0% acima de 5 anos, 43,4% inseridos na APS acima de 5 anos e 32,2% na unidade básica de saúde atual há menos de 1 ano. Sobre treinamento específico para desempenho da função gerencial, 71,1% não fizeram nenhum curso, mas 37,7% já atuaram como gerentes. Quanto às práticas gerenciais citadas, 85,6% realizavam reunião com a equipe; 77,8% conheciam metas e indicadores de saúde de 2010; 73,3% planejavam as ações; 70,0% realizavam reunião com a comunidade; 64,5% discutiam as metas e indicadores com os trabalhadores da unidade; 61,1% conheciam os indicadores de saúde de 2009; 61,1% realizavam avaliação das ações e serviços de saúde; 54,4% realizavam educação permanente em saúde com os trabalhadores, mas somente 37,8% realizavam avaliação dos trabalhadores. Conclui-se que o cargo de gerência não está instituído, os participantes realizavam práticas gerenciais informalmente e há falta de profissionalização para o desempenho desta função já que somente 23,3% relataram ter feito curso de gestão.

Palavras chave: Organização e administração. Gerência. Atenção primária à saúde.

OHIRA, Regina Hitomi Fukuda. **Characterization of managers and management practices in primary health care in small municipalities from the northern region of Paraná.** 2012. 101 f. Dissertation (Master's Degree on Public Health) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

ABSTRACT

With the process of municipalization, arising from the deployment of the unified health system (SUS), it is necessary the local organization to ensure health as a population right. The objective of characterizing the profile of primary care managers and describe the actions of management practices in the services of APS in 49 small municipalities of 16th, 17th and 18th North of Paraná Regional Health. It is a study of a descriptive nature, in which a semi structured questionnaire was applied to 90 managers. For statistical analysis, used the program EpiInfo 3.5.1, pointing out that the outcome results were not homogeneous since some issues were not fully responded by the participants. The results of managers' profile showed that 91.1% were women, 50,0% aged 21 to 30 years and 75.6% in expertise level. Concerning the entry into employment, 70,0% were through public contest/selective test, 40,0% worked professionally up to 5 years, 43,4% were inserted into ABS up to 5 years and 32,2% on the current UBS less than 1 year. Regarding the specific managerial role performance training, 71,1% had done no courses and 37,8% already acted as managers. As regards managerial practices cited, 85.6% were meeting with the team; 77.8% knew about the goals and indicators of health in 2010; 73.3% planned actions; 70.0% were meeting with the community. 64.5% of managers discussed the goals and indicators with the workers of the unit; 61.1% knew the health indicators of 2009; 61.1% evaluated actions and health services; 54.4% performed permanent health education with the workers and only 37.7% evaluated the workers. It is concluded that the management position is not established, the participants have possibility of keeping on the employment since hiring through public contests and selective test predominates, performed managerial practices informally and there is lack of professionalization for the performance of this function since only 23,3% reported having done management course.

Keywords: Organization and administration. Management. Primary health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1** – Modelo de Dahlgren e Whitehead: determinantes sociais da saúde e suas influências27
- Figura 2** – As tarefas da gestão setoriais pelas autoridades de saúde. OPAS, 200228
- Figura 3** – Distribuição geográfica dos municípios do Estado do Paraná, com divisão das vinte e duas regionais de saúde. SESA, 201137

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de municípios de pequeno porte participantes da pesquisa segundo faixa populacional e número de UBS da 16 ^a , 17 ^a e 18 ^a RS, Paraná, 2011	38
Tabela 2 – Perfil dos gerentes da APS nos MPP da 16 ^a , 17 ^a e 18 ^a regional de saúde do norte do Paraná em relação a idade, escolaridade e sexo, 2011.....	42
Tabela 3 – Formação de pós graduação para desempenho da função dos gerentes da 16 ^a , 17 ^a e 18 ^a Regional de Saúde nos MPP na região norte do PR, 2011	43
Tabela 4 – Cursos preparatórios para exercer a função de gerência citados pelos participantes da 16 ^a , 17 ^a e 18 ^a Regional de Saúde nos MPP na região norte do PR, 2011.....	44
Tabela 5 – Modalidade de seleção, de contratação e vínculo dos gerentes da atenção primária à saúde dos MPP da 16 ^a , 17 ^a e 18 ^a RS do norte do Paraná, 2011.....	45
Tabela 6 – Experiência profissional, na atenção primária e gerência informada pelos gerentes da 16 ^a , 17 ^a e 18 ^a Regional de Saúde nos MPP na região norte do PR, 2011	46
Tabela 7 – Práticas gerenciais citadas pelos gerentes da 16 ^a , 17 ^a e 18 ^a Regional de Saúde nos MPP na região norte do PR, 2011	48
Tabela 8 – Ações planejadas para 2010 relatadas pelos gerentes dos MPP da 16 ^a , 17 ^a e 18 ^a RS no norte do Paraná, 2011	49
Tabela 9 – Objetivos das reuniões com a comunidade relatada pelos gerentes da APS das 16 ^a , 17 ^a e 18 ^a RS no norte do Paraná, 2011	51
Tabela 10 – Indicadores de saúde de 2009 referidos pelos gerentes dos MPP da 16 ^a , 17 ^a e 18 ^a RS no norte do Paraná, 2011	52
Tabela 11 – Métodos utilizados pelos gerentes da APS dos MPP para realização da avaliação das ações e serviços de saúde na 16 ^a , 17 ^a e 18 ^a RS no norte do Paraná, 2011	52

Tabela 12 – Participantes na avaliação dos serviços e ações de saúde referida pelos gerentes dos MPP da 16ª, 17ª e 18 RS no norte do Paraná, 2011.....	53
Tabela 13 – Atividades de EPS relatada pelos gerentes da APS da 16ª, 17ª e 18 RS no norte do Paraná, 2011	54
Tabela 14 – Instrumentos utilizados pelos gerentes da APS dos MPP para avaliação dos trabalhadores da 16ª, 17ª e 18 RS no norte do Paraná, 2011.....	55
Tabela 15 – Distribuição da utilização dos sistemas de informação referidos pelos gerentes da APS da 16ª, 17ª e 18ª Regional de Saúde nos MPP na região norte do PR, 2011	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB –	Atenção Básica
ABS –	Atenção Básica à Saúde
ACS –	Agente Comunitário de Saúde
ADIn –	Ação Direta de Inconstitucionalidade
AMQ –	Avaliação para Melhoria da Qualidade
APS –	Atenção Primária à Saúde
ADCT –	Atos das Disposições Constitucionais Transitórias
CCS –	Centro de Ciências da Saúde
CFB –	Constituição Federal Brasileira
CENDES –	Centro de Estudos do Desenvolvimento da Universidade Central da Venezuela
CEP –	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPAL –	Comissão Econômica para a América Latina
CGR –	Colegiado de Gestão Regional
CDG-SUS –	Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS
CLT –	Consolidação das Leis do Trabalho
CMI –	Coeficiente de Mortalidade Infantil
CMS –	Conselho Municipal de Saúde
CNES –	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNM –	Confederação Nacional dos Municípios
DATASUS –	Departamento de Informática do SUS
EACS –	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
EC –	Educação Continuada
EPS –	Educação Permanente em Saúde
ESF –	Estratégia Saúde da Família
HIV –	Vírus da Imunodeficiência Humana
IDB –	Indicadores e Dados Básicos para a Saúde
INAMPS –	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MPP –	Município de Pequeno Porte
MS –	Ministério da Saúde
NV –	Nascido Vivo

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PAB – Piso da Atenção Básica

PACS – Programa Agente Comunitário da Saúde

PAS – Programação Anual de Saúde

PAVS – Programação das Ações de Vigilância em Saúde

PCCS – Plano de Cargos, Carreiras e Salários

PLANEJASUS – Sistema de Planejamento do SUS

PNAPS – Política Nacional de Atenção Primária à Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PPSUS – Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde

PS – Plano de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

PROADESS – Programa de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde

PROGESUS – Programa de Capacitação Gerencial para o Sistema Único de Saúde

RAG – Relatório Anual de Gestão

RIPSA – Rede Interagencial de Informação para a Saúde

RS – Regional de Saúde

SADT – Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

SESA – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais

SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica

SIG Saúde – Sistema de Geoprocessamento para Saúde

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação

SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SIOPS – Sistemas de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SIS – Sistema de Informação

SISCOLO – Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero

SISHIPERDIA – Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes
Mellitus da Atenção Básica

SISMAMA – Sistema de Informação do Câncer de Mama

SISPACTO – Aplicativo do Pacto pela Saúde

SISVAN – Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional

SIS PRÉ-NATAL – Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no
Pré Natal e Nascimento

SF – Saúde da Família

SM – Salário Mínimo

S/P – Sem Página

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UEL – Universidade Estadual de Londrina

UFMT – Universidade Federal de Mato Grosso

UNASUS – Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 REVISÃO DA LITERATURA	24
2.1 GESTÃO EM SAÚDE	24
2.2 PRÁTICAS GERENCIAIS E INSTRUMENTOS DE GESTÃO	30
3 OBJETIVO	36
4 METODOLOGIA	37
4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA	37
4.2 LOCAL DO ESTUDO	37
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	38
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS E VARIÁVEIS ESTUDADAS.....	39
4.5 COLETA DE DADOS	39
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	40
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	41
5. RESULTADOS	42
5.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICA DOS GERENTES	42
5.2 FORMAÇÃO DOS GERENTES	43
5.3 CONTRATAÇÃO E VÍNCULO EMPREGATÍCIO	44
5.4 ATUAÇÃO NA APS	46
5.5 PRÁTICAS GERENCIAIS	47
5.5.1 Planejamento e Realização das Ações	48
5.5.2 Reuniões com a Comunidade	50
5.5.3 Indicadores de Saúde como Subsídio para Prática Gerencial	51
5.5.4 Avaliação das Ações e Serviços de Saúde	52
5.5.5 Educação Permanente em Saúde (EPS) como prática gerencial	54
5.5.6 Avaliação dos Trabalhadores	54
5.5.7 Utilização dos Sistemas de Informação para Gerência	55
6 DISCUSSÃO	57

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS	78
APÊNDICES	90
APÊNDICE A – Instrumento de Pesquisa	91
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	97
APÊNDICE C – Termo de Autorização Institucional	98
ANEXOS	99
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	100
ANEXO B – Relação dos Municípios de Pequeno Porte das Regionais de Saúde de Apucarana, Londrina e Cornélio Procópio, Estado do Paraná, 2011	101

1 INTRODUÇÃO

A partir da década de 1990, a área da saúde tem sido palco de reformas institucionais para implementar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre estas reformas, destaca-se a Política Nacional de Atenção Primária à Saúde (PNAPS), com vistas a ampliar o acesso e desencadear a descentralização da política de saúde em todas as esferas de governo (LOTUFO; MIRANDA, 2007).

Estas transformações são pertinentes devido à promulgação da Constituição Federal Brasileira (CFB) de 1988 (BRASIL, 1988), ao avanço da descentralização da saúde, até então centralizada política e administrativamente no nível federal. Para Guizardi e Cavalcanti (2010), esta centralização no início do processo da descentralização foi positiva, porque era guiada pelos grupos comprometidos com a reforma sanitária, na tentativa de garantir a efetuação do SUS reduzindo a assistência mercantilizada com grande poder do complexo médico-industrial.

Tais aspectos auxiliam a compreender a luta por um sistema de saúde universal e equânime, identificada com o referencial epidemiológico, influenciada pela Comissão Econômica para a América latina (CEPAL), que tinha por objeto o planejamento e a planificação das políticas públicas. Também justificam que

[...] a normalização e a racionalização das práticas foi, nesta trajetória, fortemente associada com o projeto de Reforma Sanitária, como caminho impreterível para a construção de outro modelo assistencial, determinando, em consequência, as formas de gestão das políticas de saúde e as práticas institucionais do gestor (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010, p.635).

A partir de 1990 há maior transferência de responsabilidades para execução direta de ações e serviços de saúde a estados e principalmente a municípios (CASTRO; MACHADO, 2010). As dificuldades no início da implantação do SUS foram relacionadas aos diferentes papéis das três esferas de governo, principalmente dos estados e municípios, na questão do financiamento por não haver definição da programação conjunta para o funcionamento do sistema de saúde e conflitos entre gestores estaduais e municipais sobre “a quem caberia a gestão dos prestadores de serviços” (MEDICI, 2011, p.29).

Os municípios que investiram em reformas na estrutura dos sistemas locais de saúde, mas que não enfrentaram o desafio de mudar o processo de trabalho e o modo de se fazer saúde hegemônico na produção de procedimentos, centrados no médico, na medicalização, e na forma centralizada e burocrática de tomada de decisão, não conseguiram alterar de maneira substantiva a produção de saúde (PIMENTA, 2006).

Franco e Merhy (2005) citam que é possível construir outro sistema, que atue como produtor do cuidado integral à saúde respondendo a um dos princípios do SUS baseado na ideia de cuidado centrado no usuário. Com isso,

[...] poderia harmonizar a relação dos serviços de saúde com sua clientela, fazer com que os usuários e trabalhadores, como sujeitos do processo de construção de uma nova forma de fazer saúde, possam se alinhar no trabalho conjunto de construção de um novo modelo tecnoassistencial (FRANCO; MERHY, 2005, p.08).

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o SUS a adotar a designação de Atenção Básica à Saúde (ABS). O SUS associou a Estratégia Saúde da Família (ESF) para reorientação do modelo de atenção, comprometido com a garantia da universalidade e integralidade da atenção à saúde a partir da Norma Operacional Básica 01/96 (NOB 01/96) (BORGES; BAPTISTA, 2010).

Sousa (2007) justifica que o termo ABS empregado no Brasil é pouco encontrado nos artigos científicos em função do pacto mundial de 1978 em Alma Ata (OPAS, 1978), que utiliza o conceito de APS para o primeiro nível de atenção. Silva, Garnelo e Giovanella (2010, p.593) corroboram com esta afirmação citando que “a implementação da APS se fez, principalmente, através da chamada atenção básica, a qual guarda características da concepção seletiva de APS, mas com reconhecida potencialidade para reorganizar o sistema de serviços de saúde” baseada em dados precisos no planejamento e na tomada de decisão. Devem ser a porta de entrada no sistema de atenção em saúde mais próximo ao local onde as pessoas moram, trabalham ou estudam.

Starfield (2002) aponta que sistemas de saúde orientados para a atenção primária apresentam impacto positivo nos indicadores de morbi-mortalidade porque promovem cuidados em saúde com maior efetividade, eficiência e equidade, se comparados a sistemas voltados para atenção especializada. Esta posição

também é salientada pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS, 2007) no documento Renovação da Atenção Primária à Saúde nas Américas.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) editou a Portaria nº 648, em março de 2006 (BRASIL, 2006), que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica (AB), para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) reafirmando o conceito da AB e explicitando que deve ser desenvolvida “por meio do exercício de práticas gerenciais, sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados” (ROCHA; CACCIA-BAVA, 2009, p.1342).

Nesta portaria, a denominação PACS e PSF foi alterada respectivamente para Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e Estratégia Saúde da Família (ESF), definindo estratégia como “articulação, definição de um conjunto de meios, de forças, de elementos [...] que respondem a interesses e objetivos sociais, econômicos e políticos de determinadas forças ou classes sociais” (Souza, 1994, p.17). Investe-se neste modelo para reorganizar o sistema de saúde e consolidar o SUS. Segundo Moysés Filho *et al.* (2010, p.33), a estratégia “pode ser caracterizada pela conjugação dos produtos e serviços com o qual a empresa pretende atingir seus objetivos e os dos mercados onde ela pretende operar” .

Segundo Vanderlei e Almeida (2007, p.444) “a principal mudança com a proposta da ESF é no foco de atenção, que deixa de ser centrado exclusivamente no indivíduo e na doença, passando também para o coletivo, sendo a família o espaço privilegiado de atuação”.

As diretrizes e normas da Atenção Básica foram reforçadas no Pacto pela Saúde, editado pela Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006a), que priorizou o eixo fortalecimento da atenção básica no Pacto pela Vida, para consolidar e qualificar a ESF como modelo de atenção básica à saúde e centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS.

Nesta mesma portaria, há o bloco de financiamento para a gestão do SUS destinado ao custeio de ações específicas com a organização dos serviços de saúde e acesso da população. Apoiam-se iniciativas de fortalecimento da gestão incluindo a regulação, o controle, a avaliação e auditoria; o planejamento e orçamento; a programação; a regionalização; a participação e controle social; a

gestão do trabalho; a educação em saúde e o incentivo à implementação de políticas específicas. Com a edição da Portaria nº 2.048, de 3 de setembro de 2009 (BRASIL, 2009) que trata do Regulamento do SUS nos seus anexos III e IV, revoga as portarias nº 399/2006 e nº 648/2006, mantendo os compromissos pactuados anteriormente no Anexo III.

Spedo, Tanaka e Pinto (2009, p.1782) afirmam que para um novo arranjo ser efetivo “deve-se consolidar a capacidade de cada ente para executar novas funções e interagir com as demais esferas de governo, mantendo um equilíbrio entre autonomia e interdependência”. Miranda (2007) aponta como um dos maiores desafios para os gestores de saúde a atuação num ambiente complexo, com muitas limitações onde existe a participação de vários atores, entre eles os políticos nas instâncias do governo com interesses divergentes ou distantes da população.

Por estas questões, o desenvolvimento do processo de gestão municipal foi gradativo, orientado pelas NOBs (NOB 01/91, NOB 01/92, NOB 01/93 e NOB 01/96) do MS, consideradas instrumentos normalizadores para descentralização das ações e serviços de saúde, a responsabilização e estruturação dos sistemas municipais de saúde com "poder" num sentido amplo, que engloba minimamente as dimensões política, administrativa, financeira e fiscal. (SCATENA; TANAKA, 2001).

A municipalização da saúde começou a ser operacionalizada através da Resolução nº 273 de 17 de julho de 1991 (BRASIL, 1991), que editou a Norma Operacional Básica nº 01/91 (NOB 01/91), ainda pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), a qual equiparou prestadores públicos e privados, descentralizou a gestão dos serviços de saúde para a esfera municipal antes centralizada na esfera federal, embora não priorizando a responsabilidade de organizar, coordenar e controlar todo o sistema. Esta NOB, ainda demonstra a ênfase na assistência hospitalar e ambulatorial privilegiando o financiamento nestas áreas para os municípios e estados (SCATENA; TANAKA, 2001).

Anterior à edição da NOB 01/91, municípios como Campinas, Niterói, Belo Horizonte, São José dos Campos, Montes Claros e Londrina já adotavam uma nova concepção para prestação de serviços de saúde com ênfase na APS. No final da década de 1970, em Londrina, houve ampliação de postos de

saúde (quatro para quinze, sendo onze da prefeitura municipal e quatro da Universidade Estadual de Londrina), consolidando também o papel do município na condução do sistema de saúde (GIL; MARTIN; GUTIERREZ, 2001).

Estes municípios estruturaram uma ampla rede de serviços de saúde no nível da APS, tornando-se os principais gestores da força de trabalho. Significou a primeira aproximação nas questões técnica e operacional para um sistema ainda em gestação, sem as articulações necessárias para a criação dos fluxos de referência regionais e estaduais (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Pela NOB 01/96, todos os municípios brasileiros assumiram “Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão”, com a principal característica de fortalecimento da APS, com a criação de um conjunto de incentivos e programas, como o Piso da Atenção Básica fixo (PAB - R\$/habitante/ano) e variável como incentivo na implantação do PSF e PACS, substituindo o pagamento por produção (BRASIL, 1997).

Foram propostas duas formas de condições de gestão: Plena da Atenção Básica, na qual a responsabilidade da gestão municipal é centrada no primeiro nível de atenção, e Gestão Plena do Sistema Municipal, subordinando à gestão municipal “o conjunto de todas as unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas) estabelecidas no território municipal” (BRASIL, 1997, p.21).

Predominou entre os municípios de pequeno porte (MPP) adesão à condição da Gestão Plena da Atenção Básica, com o entendimento do MS (1997) que

[...] a realidade objetiva do poder público, nos municípios brasileiros, é muito diferenciada, caracterizando diferentes modelos de organização, de diversificação de atividades, de disponibilidade de recursos e de capacitação gerencial, o que, necessariamente, configura modelos distintos de gestão (BRASIL, 1997, p.03).

Portanto, o fortalecimento e a profissionalização da esfera municipal se faz necessário, na medida em que as ações acontecem neste espaço geográfico e social, onde devem ocorrer mudanças gerenciais para a construção de modelos de atenção para dar respostas aos problemas da população local. Tem como desafio envolver secretários de saúde e prefeitos num movimento nacional principalmente

na atenção primária e na regulação da assistência de média e alta complexidade (TEIXEIRA, 2002).

Se o município é quem realiza as ações e recebe cobranças imediatas dos usuários (BOUFLEUR, 2010), é necessário um mínimo de organização para formular e implementar a política de saúde local garantindo a saúde como direito da população. No Brasil dos 5.505 municípios, 3.865 são de pequeno porte com uma população menor de 20 mil habitantes que significa 70,19% de sua totalidade (IBGE, 2010). Por serem de pequeno porte, muitos deles não têm sequer uma base técnica no âmbito municipal, ou mesmo capacidade de assumir a gestão da rede de serviços de saúde instalada (CASTRO; MACHADO, 2010).

A problemática apontada pelo Ministério das Cidades para os município de pequeno porte é a falta de estrutura para o planejamento e baixa capacidade de gestão urbana para exercer a competência municipal constitucional e também a mobilização social limitada a conselhos obrigatórios para recebimento de recursos na saúde (BRASIL, 2010).

Este problema, segundo Amaral e Campos (2011), está relacionado também ao padrão gerencial do setor público, quando descrevem sobre o desenvolvimento histórico e social das concepções da gestão e o impacto na organização do trabalho em saúde indicando que,

[...] tem uma baixa capacidade de fazer lidar com pessoas, os mecanismos de incentivos são insuficientes quando não inexistentes; a política salarial e de evolução profissional por meio de carreiras, em geral, são desvinculadas de resultados e compromissos; as sanções administrativas são pouco utilizadas e também pouco eficazes devido ao alto grau de burocratização e lentidão para o seu desfecho, culminando com análises descontextualizadas dos acontecimentos que as geraram. (AMARAL; CAMPOS, 2011, p.74)

Outra questão, levantada por Coutinho (2011, p.88), é que no Brasil há diferenças de perfil nas cidades com a “gestão pública municipal quase sempre voltada a atender interesses pessoais e de classes mais favorecidas, que contribuem para a manutenção do poder e há os opositores que vêem a efetivação da APS como uma ameaça a um *status quo* que desejam manter”. Segundo a OPAS (2007, p.19), os principais opositores ao fortalecimento da APS “provavelmente são alguns médicos especialistas e suas associações, hospitais, a indústria farmacêutica e algumas organizações de difusão para suas idéias e os mais poderosos em termos de recursos e capital político na maioria dos países [...]”.

Junqueira *et al.* (2010, p.918) afirmam que a questão da gestão e do trabalho no SUS pode valorizar a gestão municipal pelo alcance social, mas têm dificuldades para implantar o modelo idealizado pela reforma sanitária relacionadas com “o financiamento, com a eficiência administrativa de sua operacionalização e a integração com os demais níveis de atenção”. Sá *et al.* (2009) salientam que o trabalho em saúde produz um bem não material, podendo ser bem de consumo ou como bem público dando conformações diferentes na organização dos serviços e nas formas de produzir e distribuir as ações de saúde.

Paim e Teixeira (2007, p.1823) apontam como nós críticos

[...] a falta de gestão profissionalizada em todos os níveis pela escassez de quadros qualificados ao exercício das múltiplas e complexas tarefas de condução, planejamento, programação, auditoria, controle e avaliação, regulação e gestão de recursos e serviços [...] e pela fragilidade institucional e ineficiência da gestão de sistemas, serviços e recursos em parte pela insuficiência no processo de incorporação de tecnologias de gestão adequadas ao manejo de organizações complexa.

Corroboram Carvalho *et al.* (2008), quando realizaram o estudo *Caracterização dos municípios e de seus sistemas locais de saúde na região de fronteira do Paraná*, concluindo que na maioria desses municípios há um mínimo de organização da APS com centros de saúde que apresentam estrutura de Unidade Básica de Saúde (UBS), Vigilância Epidemiológica e Sanitária instaladas, mas a atuação é fragmentada e incipiente e não há serviço de Vigilância Ambiental. Nos pequenos municípios existem hospitais de pequeno porte e baixa complexidade com dificuldades com Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT). Quanto ao controle e participação social, a pesquisa revelou atuação incipiente dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) na maioria dos municípios.

Sá *et al.* (2009, p.462) ressaltam que entender esse processo de trabalho pode indicar alguns caminhos para efetivação do serviço de saúde e satisfação dos usuários que deixarão de ser “considerados dificultadores do trabalho, e o trabalhador operando no sentido de esvaziar a UBS rapidamente, deixa de considerar esse esvaziamento como eficiência”.

O gestor que não definir o caminho a seguir, “ficará apagando fogo entre o olhar técnico e o do sonhador, na esperança de um dia vislumbrar outro cenário, vindo de cima para baixo, o que muitas vezes não responde às necessidades da realidade local [...]” (MIRANDA, 2007, p.81).

Sá *et al.* (2009) afirmam que o modelo de assistência à saúde predominante é produzido no cotidiano dos serviços e o principal protagonista é o próprio trabalhador, com seus saberes, como força de trabalho. Segundo o MS (BRASIL, 1997) os trabalhadores devem assumir novas tecnologias, em que os processos de educação e de comunicação social valorizem a informatização da informação para mudar e agregar interesses comuns.

A gestão da saúde em municípios de pequeno porte e seus agentes é complexa e pouco pesquisada empiricamente. Neste sentido, é importante realizar estudos para descrever quem são estes agentes, principalmente os que assumiram a gerência da APS.

Tendo em vista a relevância do tema gestão e práticas gerenciais para a construção do SUS, formou-se na Universidade Estadual de Londrina (UEL) um grupo de pesquisa que desenvolve, com financiamento da Fundação Araucária, o projeto “Gestão do Processo de Trabalho na Rede de Atenção Básica de Saúde em MPP da Região Norte do Paraná” composto por docentes e pós-graduandos do Centro de Ciências da Saúde (CCS), acadêmicos de graduação em Enfermagem e Medicina, sendo este estudo um recorte deste grupo.

Nesta pesquisa, a pergunta do estudo é: após a descentralização das ações de saúde, como os MPP estão se organizando nas unidades básicas de saúde?

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 GESTÃO EM SAÚDE

Um sistema público de saúde é sempre um processo em permanente construção, roda que não para, tarefa que nunca acaba. Segundo a OPAS (2002), os ministérios de saúde nacionais dos países das Américas enfrentaram novas realidades na organização do setor, necessitando definir as melhores formas de reforçar capacidades para realizar o novo papel de gestão. No Brasil, a implementação do SUS com edição das leis, normas operacionais e portarias houve grande salto de qualidade.

No Brasil, a gestão na saúde busca a inversão na organização do serviço para mudar o modelo do trabalho fragmentado e setorizado; valorização dos saberes técnicos investindo em recursos humanos para atuação articulada, e valoriza a participação e organização social na construção do sistema.

Para balizar o entendimento, o MS conceituou gestão como “atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional) exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria” (BRASIL, 1997, p.03).

Paim (2003, p.559) define gestão em saúde como

[...] direção ou condução de processos político-institucionais relacionados ao sistema de saúde, eminentemente conflituosos ou contraditórios, ainda que nos níveis técnico-administrativo e técnico-operacional desenvolva ações de planejamento, organização, gerenciamento, controle e avaliação dos recursos humanos, financeiros e materiais empregados na produção de serviços de saúde.

Campos e Campos (2009, s/p) citam que, muitas vezes, no dicionário, gestão e administração são tratados como sinônimos definidos como “ação de governar ou gerir empresa”. Descrevem a evolução da gestão, iniciada com a Teoria de Taylor, como a capacidade de dirigir, tendo como eixo central a disciplina, o controle e a centralização do poder buscando limitar a autonomia e iniciativa do trabalhador.

Seguem com a Teoria dos Sistemas, proposta por Ludwig Von Bertalanffy, para a proposta de maior autonomia e melhor integração do empregado, porém traz tendência do gerencialismo, no qual os chefes são julgadores do sucesso ou insucesso do desempenho de cada um, ampliando ainda mais o controle sobre o trabalho e a concorrência entre as equipes e as pessoas. “O poder é dos gerentes, que por meio de padronização de condutas diagnósticas e terapêuticas – controlam e determinam o que fazer no cotidiano dos trabalhadores.” (CAMPOS; CAMPOS, 2009, s/p).

Para esses autores, a gestão em saúde desenvolveu-se a partir dos conhecimentos interdisciplinares como a saúde pública, originando a administração sanitária e de práticas de saúde pensando a administração de um pedaço do estado com a constituição de departamentos, escolas e laboratórios de saúde pública, e se distinguiu da administração de empresas pela articulação da gestão com as práticas no combate a epidemias. “Da arte da guerra importaram-se conceitos de erradicação e de controle, de risco, de vigilância e de análise de informação. Traz a idéia de planejamento estratégico e tático, programas sanitários e gestão operacional.” (s/p).

A gestão em saúde, segundo Barbosa (2011), envolve planejamento, execução, avaliação e monitoramento das ações com foco em resultados dos objetivos e metas estabelecidas previamente para transformar a realidade com expectativa de melhora no futuro. Envolve também a gestão da organização, parte fundamental da gestão em saúde, que coordena o trabalho individual e coletivo para o alcance dos objetivos.

Para o fortalecimento da gestão, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) foi editada por meio da Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002), reativando o processo de planejamento em saúde, buscando vincular a organização e disponibilização dos recursos segundo as necessidades, utilizando instrumentos epidemiológicos e de programação da saúde.

Souza (2003, p.37) definiu funções gestoras como “[...] um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessária para a implementação de políticas na área da saúde, exercidas de forma coerente com os princípios do sistema público de saúde e da gestão pública”. Segundo Paim (1993, p. 204) “[...] as práticas de saúde devem evitar a morte, prolongar a vida, curar doenças e também vigiar, intervir e controlar fatores, áreas, grupos, situações e condições de risco”.

Merhy (2007, p.2) afirma que o gestor é

[...] o que ocupa o lugar institucional de governo - expressa o lugar formal de governo, o lugar daquele que está ali porque é o gestor formal da maquinaria implicada no processo global. Aquele que de uma certa forma, expressa um certo bloco político, que disputa e ocupa espaço no interior do estado, com todos os constrangimentos e liberdades que isto implica.

Machado, Lima e Baptista (2011) asseveram que o gestor é muito mais que um administrador. É autoridade sanitária em cada esfera de governo com duas dimensões de atuação: política, pois é designada pelo chefe do Executivo com responsabilidade de desenvolver o projeto de governo e técnica, desempenhada com conhecimento, habilidades e experiências da gestão pública em saúde para conduzir a política pautada pela legalidade, princípios do SUS e da reforma sanitária brasileira.

Somando a estas duas dimensões, a função gestora é mais complexa na medida em que há uma forte interferência dos determinantes sociais, áreas de risco, população culturalmente heterogênea, desigualdades socioespaciais, algumas dotadas de menor infraestrutura e serviços urbanos essenciais. Segundo Ermel *et al.* (2011), para a política de saúde cumprir os princípios do SUS de universalidade e igualdade, é importante priorizar os indicadores de desigualdades sociais a fim de promover a equidade.

Segundo Buss e Pellegrini Filho (2007, p.81), os determinantes sociais de saúde são relacionados às condições de vida e de trabalho das pessoas e grupos e o maior desafio é ordenar como esses fatores incidem sobre saúde das pessoas “já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito [...] tendo outro desafio a distinção entre os determinantes de saúde dos indivíduos e os de grupos e populações”.

Utilizam-se do modelo Dahlgren e Whitehead (figura 1) que representa os determinantes sociais em camadas, sendo a mais próxima dos determinantes individuais não modificáveis como os fatores genéticos, idade, sexo. Na segunda camada, há o estilo de vida dos indivíduos como comportamento sexual, atividade física e fatores comportamentais (tabagismo, alcoolismo, violências) resultante da interação social com a comunidade. Na terceira camada, a influência se dá pela condição de vida e de trabalho, acesso a bens e serviços essenciais, moradia, alimentação, tudo permeado pelas condições socioeconômicas, culturais e ambientais (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

A partir da segunda camada são apresentados fatores modificáveis na qual os gestores podem traçar políticas públicas para intervir nas iniquidades da população, ou seja, quanto uma pessoa possui de recursos físicos, sociais e pessoais para alcançar aspirações, satisfazer necessidades e lidar com o ambiente.

Figura 1 – Modelo de Dahlgren e Whitehead: determinantes sociais da saúde e suas influências



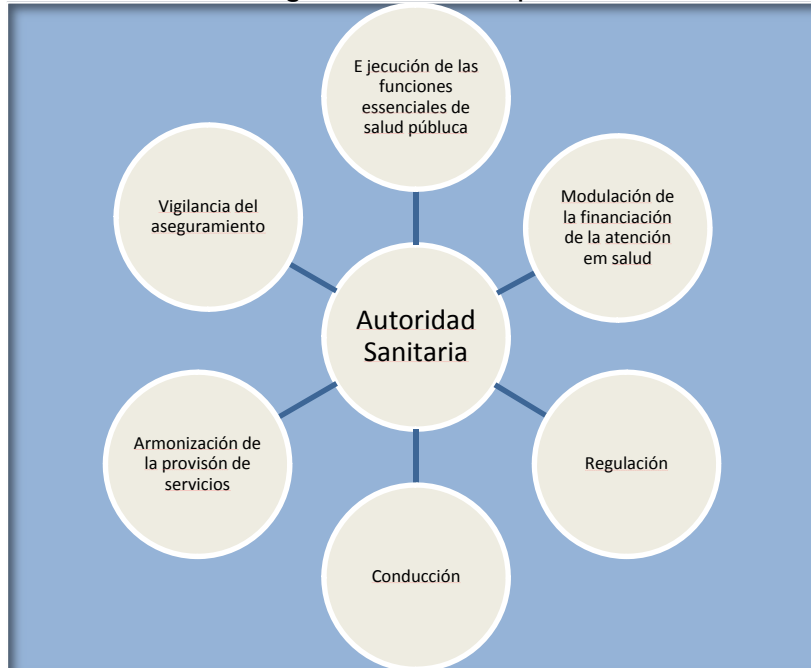
Fonte: Buss e Pellegrini Filho (2007).

O paradigma da imposição da expansão neoliberal, que privilegia a lógica do mercado para atender o capital, legitimou a desigualdade no acesso à saúde, instituindo novas modalidades de gestão e prestação dos serviços de saúde tanto públicas quanto privadas. Reduz o trabalho humano ao processo produtivo e a atenção à saúde como investimento para elevar a produtividade e melhorar o desempenho econômico (SOUZA, 2010).

Retomando as questões da gestão e função gestoras, o capítulo 2 intitulado *La función de rectoría en salud y el fortalecimiento institucional de las autoridades sanitarias nacionales y subnacionales* (OPAS, 2002, p.09), do livro *Salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*, apresenta como tarefas do gestor (figura 2) condução (*Conducción*), regulação setorial (*Regulación*), modulação do financiamento da atenção em saúde (*Modulación de la financiación de la atención em salud*), execução das funções

essenciais da saúde pública (*Ejecución de las funciones esenciales de salud pública*), cobertura previdenciária (*Vigilancia del aseguramiento*) e harmonização da provisão de serviços (*Armonización de la provisión de servicios*).

Figura 2 – As tarefas da gestão setoriais pelas autoridades de saúde



Fonte: OPAS (2002).

Rocha (2005) traduziu esta parte do livro, onde está descrito as tarefas e o que compõe cada uma delas que envolve a gestão da política geral e setorial, garantia de acesso, descentralização, contratualização, financiamento, e as funções essenciais da saúde pública:

[...] seguimento, avaliação e análise da situação de saúde; vigilância da saúde, investigação e controle de riscos e danos; promoção da Saúde; participação da comunidade; desenvolver a capacidade institucional de planejamento e gestão; fortalecer a capacidade de regulamentar e fiscalizar a saúde pública; avaliar e promover a equidade; desenvolver recursos humanos; garantir e melhorar a qualidade dos serviços individuais e coletivos; promover a investigação em saúde e reduzir o impacto das emergências e desastres em saúde (ROCHA, 2005, p.05-06)

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2007, p.03) propõe a gestão com características que “valoriza os diferentes sujeitos no processo de produção de saúde, que agrega autonomia; o protagonismo; a corresponsabilização de usuários, trabalhadores e gestores; a criação de vínculos solidários e a participação coletiva na gestão e nos processos decisórios”.

P. Figueiredo *et al.* (2010) salientam a importância da gestão para responder às necessidades da comunidade, garantir o acesso com qualidade, o trabalho em equipe no qual o poder é compartilhado, valorizando a relação pessoal, inovando e melhorando o sistema de comunicação com a democratização das decisões para tornar as organizações mais flexíveis.

Segundo Passos e Ciosak (2006, p.468), a gerência como instrumento no processo de trabalho e na organização da saúde “implica na tomada de decisão que afeta a estrutura, o processo de produção e o produto do sistema, possibilitando intervenções impactantes para prestação da assistência com eficiência, eficácia e efetividade”. Portanto, no gerenciamento de uma UBS, o gerente precisa “ter uma gama de conhecimentos e habilidades de saúde e administração, conhecendo a realidade onde está inserido e ter compromisso social com a comunidade”.

O desafio dos MPP, diante da insuficiência de infra estrutura, recursos humanos e financeiros, é ter capacidade de gestão do sistema de saúde, profissionalização de recursos humanos para atuar como gerentes. Garcia (2010) constata que o tema “recursos humanos” constitui um fator essencial para o alcance das metas de saúde e deve ser central na agenda dos gestores, porque representam o item mais crítico e importante na luta para alcançar a saúde global.

Além disso, nos MPP há dependência de serviços de maior complexidade de outros municípios. Precisa-se ter competência de organizar a atenção primária para cumprir o seu papel, assumindo a estratégia saúde da família como ordenadora do sistema de saúde, com incentivo da esfera federal. Na análise longitudinal da implantação da ESF no Brasil, desde 1994 até 2006, Sousa e Hamann (2009) apontam a obtenção de boas práticas por parte das equipes da saúde da família, principalmente nos MPP, mesmo com a insuficiência da rede regionalizada, desarticulada e mal distribuída que atende a demanda espontânea, com pouco vínculo e indefinição do território.

Não é tarefa fácil porque durante várias décadas o centralismo da união com a concentração de decisões detendo a maior parte dos recursos financeiros vinculados aos programas prioritários do ministério, muitas vezes não correspondem às necessidades imediatas da população local.

Castro e Machado (2010) quando analisaram a regulação e o financiamento federal na atenção primária à saúde, descrevem que apesar de haver

esforços na elaboração de planos federais mais integrados, o planejamento de médio e longo prazo ainda são deficitários. Cecilio (2010, p.2277) reforça que o “termo planejamento perdeu muita força na construção do SUS e nos leva à reflexão sobre qual o modelo e o que se planeja hoje no SUS.”

Outro desafio é o estabelecimento de vínculo entre profissionais de saúde e usuários, podendo ser uma possibilidade de se construir uma nova prática que busque a melhoria da qualidade da atenção à saúde (BRUNELLO *et al.*, 2010). Com isso procura-se universalizar o serviço, diminuir a fragmentação da atenção, melhorar a resolutividade do nível primário e facilitar o acesso aos níveis de maior complexidade (GONDIM *et al.*, 2011).

2.2 PRÁTICAS GERENCIAIS E INSTRUMENTOS DE GESTÃO

Uauy (2011, p.09) afirma que “podemos avançar em nosso comprometimento, naquelas ocasiões em que assumimos posições de poder e de responsabilidade”. Neste sentido, são os municípios e os gestores que têm esta possibilidade e precisam assumir de fato a função com profissionalismo.

Bresser-Pereira (2010, p.07), no prefácio do livro *A Burocracia e Política no Brasil*, dos autores Loureiro, Abrúcio e Pacheco, define o Estado “como o sistema constitucional legal e a administração pública que o garante”. Descreve a transição do Estado do regime autoritário para o democrático que se completou, necessitando avançar para que o governante “realmente represente os interesses da maioria do povo” (*ibid.*). Por outro lado, o aparelho do Estado está caminhando de uma administração pública burocrática para gerencial.

Discute-se a contradição na democracia entre a tese burocrática e a tese autoritária citando que o estado

[...] deixa de ser antigo para ser moderno por se transformar em constitucional, transformam os súditos em cidadãos e o aparelho do Estado se separa em privado dos soberanos e se transforma em administração pública. [...] na democracia a tese burocrática de que a burocracia pública é mera executora profissional das decisões tomadas pelos políticos eleitos não faz sentido pois na democracia essa delegação deve-se limitar à execução das políticas públicas, ouvidas a sociedade.[...] Não faz sentido também a tese autoritária de que aos técnicos deve ser assegurada ampla autonomia para tomada de decisões, já que os políticos não são confiáveis. (BRESSER-PEREIRA, 2010, p.07-08).

Campos e Campos (2006, p.02) definem autonomia como “a capacidade do sujeito lidar com sua rede de dependências [...] um processo de co-constituição de uma maior capacidade dos sujeitos compreenderem e agirem sobre si mesmo e sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos”. Fazem uma reflexão sobre a autonomia perversa dos gestores municipais de saúde que prometem pronto atendimento para todos, definem os princípios e a lógica que será organizada o sistema local. Concluem que não há sistema de saúde sério que mude a cada quatro anos impedindo a

[...] legitimidade junto à população e eficácia em termos de produção de saúde (evitar agravos, mortes, danos) se não houver uma séria tomada de decisão, uma consistente elaboração de um projeto, baseado em critérios técnicos e em um amplo debate na sociedade, sobre o SUS que queremos (CAMPOS; CAMPOS, 2006, p.02).

Para Barbosa (2011, p.352) maior autonomia de gestão significa maior poder de decisão dos dirigentes, responsabilidade pelo desempenho das organizações, conferindo maior agilidade e flexibilidade na condição dos serviços de saúde, “resultando na conquista de maior estabilidade política para os serviços e hospitais.” Necessita-se de novos dispositivos para acompanhamento, prestação de contas, responsabilização da administração, contratos de gestão e controles externos.

Baseando no documento do Programa de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS), o autor descreve que devem ser considerados atributos para o modelo de gestão como a governança entendida como conjunto de dispositivos e práticas para “empoderar” o sistema e se responsabilizar pela demanda; profissionalização da gestão operada por especialistas e competentes para gerarem melhores resultados; financiamento da gestão adequado permitindo a sustentabilidade e qualidade; gestão de recursos humanos com autonomia, tecnologia da informação confiáveis, integradas, em tempo oportuno e de fácil alcance consideradas o veículo de comunicação; organização do cuidado com mecanismos e instrumentos e práticas para cumprir com o objetivo (BARBOSA, 2011).

Para o avanço do SUS, no fortalecimento da gestão e estratégias de planejamento principalmente em nível municipal, o Ministério da Saúde lançou mão de vários mecanismos, entre eles, instrumentos de gestão entendido por Machado,

Baptista e Lima (2010) como dispositivos que passam a existir com os planos e pactos, expondo as ações, auxiliando na direcionalidade do direito e acesso da população.

O avanço da descentralização de saúde no Brasil ocorreu de modo diferente nas esferas de governo, principalmente entre os municípios por estarem vinculados ao poder político, e muitos resistem à efetivação, com fragmentação institucional e excessiva centralização. Estas dificuldades são fatores que justificam na saúde a realização de pactos de gestão para compartilhar responsabilidades, cooperação técnica e financeira pela qualidade de vida da população. Os pactos têm papel estratégico devido às diferenças socioeconômicas, desigualdade de distribuição dos serviços de saúde, de profissionais e de tecnologia (GUERREIRO; BRANCO, 2011).

Ainda os autores consideram a existência de dois tipos de pactuação:

[...] o “pacto burocrático” é conduzido burocraticamente, de maneira pontual, fragmentado, sem promover a articulação entre os setores das secretarias e sem visibilidade perante as instâncias de deliberação e pactuação do SUS. O “pacto dinamizador” é desenvolvido mediante um processo que aglutina experiências e práticas, buscando fortalecer a implementação da municipalização, sendo utilizado para monitorar e avaliar ações e serviços de saúde, integrado ao processo de trabalho, promovendo a qualificação da gestão, com visibilidade e credibilidade perante as instâncias de deliberação e pactuação do SUS. (GUERREIRO; BRANCO, 2011, p.1695-1696).

Para construir um pacto dinamizador, em 2005 iniciou-se a discussão para elaboração do Pacto pela Saúde tendo como eixo orientador a gestão, colocando um fim no escalonamento da capacidade de gestão dos Estados e municípios, pois as condições de habilitações plena e semi plena dificultavam aos secretários de saúde atuarem de forma mais livre e também a certeza de que o sistema necessitava de profissionais mais experientes para desempenhar o papel de gestor (BRÊTAS; PEREIRA, 2011).

Em 2006, o MS editou o Pacto pela Saúde por meio da Portaria nº 399/06 e a Portaria nº 699/06 (BRASIL, 2006b) regulamentou a implementação das diretrizes operacionais dos pactos pela vida e de gestão com o termo de compromisso, e por meio da Portaria nº 91/07, unificou o processo de pactuação de indicadores. Este instrumento possibilita aos estados e municípios avaliarem a responsabilidade sanitária e atribuições do gestor tendo prazo máximo de 12 meses

para pactuarem ações e alcancarem as metas. Segundo Dourado e Elias (2011, p.208), o Pacto 2006 tem como objetivos “[...] melhorar o acesso e a qualidade da assistência, reduzindo as desigualdades existentes, garantir a integralidade da atenção, potencializar a capacidade de gestão estadual e municipal criando o Colegiado de Gestão Regional (CGRs) e racionalizar os gastos e uso dos recursos”.

A formulação deste pacto identifica os determinantes sociais, as situações essenciais para o gestor, trabalhadores de saúde e usuários. Permite identificar critérios de necessidades, e assim, perceber, prever e administrar o risco à saúde dos indivíduos e da coletividade (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007).

Segundo a Portaria nº 699/06 (BRASIL, 2006b), o Pacto pela Vida contempla compromissos sanitários derivados da análise da situação de saúde com objetivos e metas prioritárias baseados nos indicadores de saúde dos vários ciclos de vida com foco em resultados, incluindo a saúde do trabalhador, promoção da saúde, educação no trabalho e também o fortalecimento da atenção básica e da capacidade de resposta para doenças emergentes e endemias.

O Pacto em Defesa do SUS busca defender os princípios do sistema de saúde, repolitizar a saúde como direito à cidadania com a mobilização social e garantir o financiamento público para a saúde. Explicita a responsabilidade dos municípios assumirem a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, desenvolvendo o planejamento, regulação, programação pactuada integrada da atenção à saúde.

O Pacto de Gestão estabelece responsabilidades entre entes federados para “[...] diminuir as competências concorrentes e tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS” (BRASIL, 2006b, p.03). Define as funções e responsabilidades sanitárias de cada esfera – Ministério proponente, e as Comissões Intergestoras Bi e Tripartite instâncias de pactuação e de deliberação. Cita a necessidade de avançar na regionalização e descentralização do SUS desburocratizando as normas, levando em conta as diversidades regionais. Reforça a territorialização para organização do sistema e institui colegiados de gestão regional e reitera a importância da participação e controle social.

Estas portarias foram revogadas com a edição da Portaria nº 2.048/2009 (BRASIL, 2009) mantendo nesta portaria, na parte 3, Anexo III e IV o compromisso público dos gestores do SUS na construção do pacto, revisados

anualmente com ênfase nas necessidades de saúde da população e equidade social definindo prioridades e metas com foco em resultados dos Pactos pela Vida e de Gestão expressas no Termo de Compromisso de Gestão.

Araujo (2010, p. 232) afirma que pacto é um “instrumento gerencial e discutir a responsabilização pelo controle de resultados na área da saúde pública no Brasil implica discutir as condições de gestão para criar uma cultura gerencial orientada pelos resultados.”

Mokate e Wilner (2009, p.03) apontam que a

[...] responsabilização (ou *accountability*) na gestão é constituída pela necessidade de assumir a responsabilidade pelo desempenho de um sistema, subsistema ou tarefa e pela vontade e capacidade de prestar contas desse desempenho [...] Neste contexto, os indicadores são ferramentas que sistematizam e viabilizam a capacidade de prestar contas, fornecem as normas que serão aplicadas ao monitoramento, à avaliação e à retroalimentação, e servem de sinais ou alertas para os gestores que assumem a responsabilidade pela função de implementação.

Na saúde, os principais instrumentos são o Plano de Saúde (PS) que é um “[...] instrumento que apresenta as intenções e resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas”, a Programações Anuais de Saúde (PAS) que são “instrumentos que operacionalizam as intenções expressas no plano de saúde com a prática das ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como da gestão do SUS” e o Relatórios Anuais de Gestão (RAG), “instrumentos que apresentam os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos” (BRASIL, 2009a, p.29-30).

O Manual para Organização da Atenção Básica no SUS de 1988 é citado por Araujo (2010) como o primeiro documento que propôs um conjunto de indicadores como instrumento de acompanhamento e avaliação de resultados, seguido da NOAS para consolidar o uso de indicadores de desempenho por meio do PS, agendas, quadro de metas e relatório de gestão.

Em 2004, o Ministério da Saúde editou o primeiro Plano Nacional de Saúde (PNS) importante instrumento firmando o compromisso político do gestor federal com a saúde, orientando acordos entre os gestores. Em 2005, foi aprovada a relação de indicadores da atenção básica com a forma de cálculo e análise para pactuação entre os municípios, estados e ministério (ARAUJO, 2010).

Em 2009, o Ministério da Saúde lançou o caderno “Sistema de Planejamento do SUS (PLANEJASUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização” reunindo a série Cadernos de Planejamento lançados em 2005 com o objetivo de contribuir no aperfeiçoamento permanente da gestão e planejamento nas três esferas de governo, lembrando que “90% dos municípios brasileiros têm menos de 50 mil habitantes, 48% possuem menos de 10 mil, apresentando uma organização incipiente em se tratando de planejamento, dificultando o exercício eficiente e efetivo de seu papel fundamental” (BRASIL, 2009a, p.53).

Esta pactuação na gestão do SUS proposto pelo PLANEJASUS é inovadora porque as esferas de governo têm oportunidade de discutir e avaliar as prioridades e metas, favorecendo a transparência e os mecanismos de controle social, possibilitando a avaliação pelos cidadãos. Possibilita-se a verificação de acertos e erros para pensar no futuro comparando metas estabelecidas com as realizadas.

Na realidade, a construção do sistema de saúde e a gestão competente acontecerão na medida em que seja uma política pública com plano, missão e objetivo bem definidos, independentes da política partidária, e baseada nas necessidades da população, no perfil epidemiológico, buscando resultados para melhorar a vida da comunidade, nos determinantes sociais para melhorar os indicadores de saúde e a qualidade de vida.

Para a mudança e apoio à gestão, Mokate e Wilner (2009, p.09) chamam atenção que “[...] indicadores exclusivamente quantitativos ou facilmente observáveis não sejam suficientes, sendo necessárias informações de fenômenos de difícil observação, um indicador para representar sua dinâmica.” Outra dificuldade apontada por Guizardi e Cavalcanti (2010) são os conflitos entre a instituição e usuários e também entre os grupos de trabalhadores e cada trabalhador individual. Bosi e Mercado-Martinez (2010, p.569) descrevem que “instrumentos tradicionais e as mensurações da lógica avaliativa formal” não são suficientes para dar resposta à melhoria do atendimento prestado à população, inserindo a “obrigação de abertura às necessidades, valores e direitos da população, humanização, equidade e integralidade”.

3 OBJETIVO

Analisar o perfil dos gerentes e práticas gerenciais na rede de atenção primária à saúde do SUS em municípios de pequeno porte.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

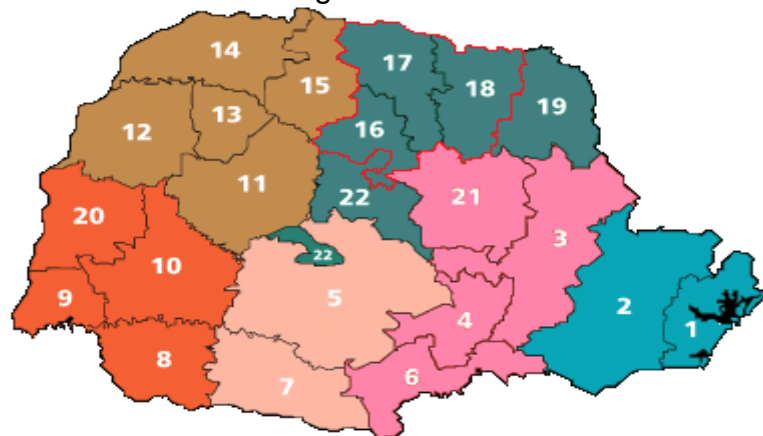
O presente estudo descritivo é recorte quantitativo da pesquisa maior “Gestão do Processo de Trabalho na Rede de Atenção Básica de Saúde em Municípios de Pequeno Porte da Região Norte do Paraná” apoiada financeiramente pelo Programa de Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde (PPSUS)/Fundação Araucária, na chamada de Projetos 08/2009.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi realizado em 82 UBS dos 49 MPP da 16^a, 17^a e 18^a Regionais de Saúde (RS) da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA), todas pertencentes à macrorregião Norte do Paraná.

Na figura 3, apresenta-se a divisão administrativa da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná em 22 regionais de saúde, que têm funções, entre outras, de apoio técnico aos municípios na gestão da saúde, apoio e o desenvolvimento do processo de monitoramento e avaliação do SUS em âmbito regional e municipal; realização de auditoria de processos relacionados a gestão e atenção à saúde; promoção, o estímulo, a manutenção e o apoio à gestão da educação permanente em saúde e em processos relativos à mesma no âmbito da RS (PARANÁ, 2007).

Figura 3 – Distribuição geográfica dos municípios do Estado do Paraná, com divisão das vinte e duas regionais de saúde



Fonte: Paraná (2011).

A 16ª RS está sediada no município de Apucarana, a 369 km da capital do estado, Curitiba. Composta por 17 municípios na sua área de abrangência e destes, 15 com população até 20.000 habitantes, considerados MPP. A 17ª RS está sediada em Londrina, com distância de 379 km da capital, com 21 municípios na sua abrangência, sendo 17 MPP, e a 18ª RS, sediada em Cornélio Procópio, 398 km distante da capital, com 21 municípios na sua área de abrangência, destes, 18 com população até 20000 habitantes e 17 MPP participantes, pois aconteceu uma recusa de um secretário municipal de saúde.

Desta forma, o local de estudo foram as 82 UBS em 49 MPP. Na tabela 1, apresentam-se os MPP que aceitaram participar da pesquisa, estratificados pelo número da população e o número de UBS da 16ª, 17ª e 18ª RS.

Tabela 1 – Número de municípios de pequeno porte participantes da pesquisa segundo faixa populacional e número de UBS da 16ª, 17ª e 18ª RS, Paraná, 2011.

Nº de Habitantes	16ª	UBS	17ª	UBS	18ª	UBS	Total	
							MPP	UBS
Municípios até 5000 habitantes	04	04	05	05	07	08	16	23
Municípios de 5001 a 10000 hab.	08	11	02	04	07	08	17	26
Municípios de 10001 até 15000 hab.	01	01	07	23	03	03	11	28
Municípios de 15001 a 20000 hab.	02	07	03	08	-	-	05	14
TOTAL	15	23	17	40	17	19	49	82

Fonte: Ministério da Saúde – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES; 1980, 1991, 2000 e 2010: IBGE – Censos Demográficos. BRASIL (2011).

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Dos 49 municípios que aceitaram participar da pesquisa, houve perda de 4 municípios e de 5 UBS, sendo 3 municípios da 16ª RS: 2 municípios com menos de 5000 habitantes com 1 UBS em cada município e 1 com a faixa populacional entre 5001 a 10000 habitantes com 2 UBS. A 4ª perda foi 1 município com menos de 5000 habitantes da 18ª RS com 1 UBS.

No entanto, das 77 UBS dos municípios que participaram da pesquisa, 90 gerentes devolveram o instrumento preenchido, pois em 7 municípios havia mais que 1 gerente.

Foram consideradas perdas os gerentes que não devolveram os instrumentos até 10 dias após a visita no município para coleta de dados, e após 3 contatos telefônicos posteriores feitos pelos técnicos das respectivas RS. As

justificativas feitas pelos gerentes que não devolveram o questionário foram: perda do instrumento ou falta de tempo para responder.

O critério de inclusão foi a indicação feita pelo secretário municipal de saúde de pelo menos 1 trabalhador de cada unidade de saúde da atenção primária. Em alguns municípios, todos os enfermeiros da ESF, foram indicados pelos gestores, lembrando que em uma UBS comporta até 3 equipes de SF; em outros, somente 1 profissional foi indicado como gerente da APS independente da quantidade de ESF/UBS no município. Dos municípios que não responderam, os profissionais indicados pelos gestores não se consideravam gerentes e, portanto, não responderam o instrumento de pesquisa.

Assim sendo, a população do estudo foi composta por 90 gerentes/coordenadores (neste trabalho denominados gerentes) de 77 UBS dos 45 MPP.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS E VARIÁVEIS ESTUDADAS

Os dados foram coletados por meio da aplicação de questionário semi-estruturado. As variáveis em estudo foram: caracterização do perfil dos gerentes quanto a sexo, faixa etária, forma de ingresso no serviço, vínculo empregatício, jornada de trabalho, escolaridade, formação profissional, tempo de atuação no serviço e remuneração. Além disso, foram solicitadas informações referentes a treinamentos/cursos de capacitação para gerentes e a instituição formadora. Também foram identificados e analisados os mecanismos de gestão utilizados - reunião de equipes, planejamento do trabalho, avaliação do trabalho, avaliação dos trabalhadores, atividade de educação permanente, reunião com comunidade (Apêndice A).

4.5 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi realizada a partir de uma agenda. Foram necessários diversos movimentos para divulgação da pesquisa que contou com a colaboração dos técnicos das 3 regionais de saúde, informando e solicitando a colaboração dos gestores dos MPP na reunião do Colegiado Gestor Regional

(CGR), em julho de 2010, em que foi solicitada autorização para a realização da pesquisa. Houve também o consentimento dos diretores das regionais para utilização dos veículos e motoristas para a locomoção dos entrevistadores para aplicação do instrumento *in loco*.

Participaram como entrevistadores técnicos das regionais, graduandos de Enfermagem e Medicina, pós graduandos dos programas de Mestrado e Doutorado em Saúde Coletiva da UEL, que, anteriormente à coleta de dados, participaram de um treinamento para homogeneização do entendimento das questões do instrumento de pesquisa.

O teste piloto foi aplicado em 3 municípios não participantes do estudo por possuir população acima de 20 mil habitantes em 1 UBS para validação do questionário. O tempo médio para o preenchimento do instrumento foi em torno de 15 minutos.

Os entrevistadores se deslocaram para todos os municípios participantes. Nestas viagens, realizaram contato com os gerentes, apresentando a pesquisa, solicitando a participação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em 2 vias. Para aqueles que não se encontravam na unidade ou que não responderam no momento da visita, foi dado prazo de 10 dias para devolução para as respectivas regionais a partir da data da visita. Expirado o prazo e o não envio dos questionários, foram realizados, pelos técnicos das regionais, até 3 contatos por telefone.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados quantitativa foi efetuada mediante a verificação de frequência simples e valor absoluto, pela aplicação do software Epi Info versão 3.5.1. A 1ª digitação foi realizada de julho de 2010 a janeiro de 2011, seguida da 2ª digitação nos meses de fevereiro e março de 2011. Após término da digitação os bancos de dados foram comparados na função “Comparação dos Dados” (*Date Compare*), permitindo a identificação de campos não concordantes nos 2 bancos de dados e realizada à correção. Após depuração dos bancos de dados, foram feitas tabelas descritivas.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Em relação aos aspectos éticos, a pesquisa foi norteada pelos princípios éticos contemplados na resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96, e o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEL em outubro de 2009, com parecer favorável nº232/09 (Anexo A).

Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, com garantia do anonimato permitindo a utilização posterior dos dados por meio de preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido, assinado em duas vias sendo que uma via retornou com o questionário respondido (Anexo B).

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICA DOS GERENTES

No perfil dos gerentes, observou-se a predominância do sexo feminino (91,1%), com a faixa etária variando entre 21 e 62 anos, com mediana de 30 anos, preponderando a faixa etária entre 21 a 30 anos (50,0%), conforme a tabela 2.

Quanto à escolaridade, o menor grau de escolaridade dos participantes foi de 3 gerentes com ensino médio completo, 87 gerentes têm ensino universitário. A categoria profissional predominante foi de 68 enfermeiros (96,2%).

Ocorreram 12 outras categorias (3,8%): um economista, um fisioterapeuta, um pedagogo, um profissional de recurso humano e um zootecnista e quatro não responderam. Há predomínio de pós-graduação representado por 68 participantes (75,6%), sendo o grau máximo de formação no nível de especialização. Não há doutor ou mestre entre os entrevistados.

Tabela 2 – Perfil dos gerentes da APS nos MPP da 16^a, 17^a e 18^a regional de saúde do norte do Paraná em relação a idade, escolaridade e sexo, 2011.

Características	16^a	17^a	18^a	Total	%
Idade (em anos)					
21 a 30	9	18	18	45	50,0
31 a 40	9	10	5	24	26,7
41 e mais	5	8	5	18	20,0
Não informado	2	-	1	3	3,3
Escolaridade					
Ensino Médio	1	-	2	3	3,3
Ensino Superior	6	6	7	19	21,1
Pós graduação	18	30	20	68	75,6
Sexo					
Feminino	21	34	27	82	91,1
Masculino	4	2	2	8	8,9

5.2 FORMAÇÃO DOS GERENTES

Na tabela 3, estão elencados os cursos de especialização citados pelos gerentes, e a Saúde da Família foi mais referido por 19 gerentes (21,1%), seguido de Saúde Coletiva, com 18 participantes (20,0%). 22 participantes não informaram o curso de pós graduação realizado representando 24,4%. A predominância do tempo de conclusão da especialização foi maior que 1 e até 3 anos, representando 30,0%.

Tabela 3 – Formação de pós graduação para desempenho da função dos gerentes da 16^a, 17^a e 18^a Regional de Saúde nos MPP na região norte do PR, 2011

Características	16^a	17^a	18^a	n	%
Especialização					
Saúde da Família	5	8	6	19	21,1
Saúde Coletiva	1	11	6	18	20,0
Enfermagem do Trabalho	4	5	2	11	12,3
Enfermagem Obstétrica	2	3	1	6	6,7
Urgência e Emergência	1	1	2	4	4,4
Saúde do Trabalhador	1	-	1	2	2,2
Vigilância em Saúde	2	-	-	2	2,2
Outras	3	2	1	6	6,7
Não informado	6	6	10	22	24,4
Conclusão da especialização (em anos)					
Menos de 1	2	3	1	6	6,7
> 1 a 3	7	7	6	20	22,2
> 3 a 5	3	11	6	20	22,2
> 5	4	5	4	13	14,4
Sem especialização	1	-	2	03	3,3
Não informado	8	10	10	28	31,2
Curso de gerência					
Sim	7	12	2	21	23,3
Não	17	24	23	64	71,1
Não informado	1	1	3	5	5,6

Relacionado à formação para atuarem na função de gerentes da APS, sessenta e quatro (71,1%) dos participantes relataram não ter feito curso específico de gerência, e somente vinte e um (23,3%) relataram ter feito curso nesta área.

Na tabela 4, apresentam-se os cursos e treinamentos preparatórios citados pelos gerentes dos MPP para exercício da função com as respectivas RS.

Tabela 4 – Cursos preparatórios para exercer a função de gerência citados pelos participantes da 16^a, 17^a e 18^a Regional de Saúde nos MPP na região norte do PR, 2011

Curso	16^a	17^a	18^a	Total	%
Gestão em Saúde	2	3	2	7	7,8
Graduação em Enfermagem	2	3	-	5	5,6
Saúde da Família/Saúde Coletiva	-	4	-	4	4,4
Administração em Serviços de Saúde	1	2	-	3	3,3
Treinamento na RS	2	-	-	2	2,2
Não fizeram curso	17	24	23	64	71,1
Não informaram	1	-	4	5	5,6

Note-se que 5,6% dos gerentes consideraram a graduação em enfermagem como curso preparatório para exercer a função de gerentes.

5.3 CONTRATAÇÃO E VÍNCULO EMPREGATÍCIO

Quanto ao ingresso no emprego, 63 (70,0%) relataram que o processo ocorreu por meio de concurso público/teste seletivo, 25 de outras formas (27,8%) e 2 não informaram (2,2%). Dos 25 gerentes que responderam por outras formas de contratação, 19 relataram por indicação, 3 por análise de *curriculum vitae*, 2 (2,2%) por entrevista e 1 (1,1%) não especificou a forma de ingresso. Quanto à modalidade de contratação, 1 participante (1,1%) não respondeu, 40 (44,4%) foram pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) com vínculo municipal, 32 (35,5%) pelo estatuto do servidor público, 11 (12,3%) por convênio/terceirização, 6 (6,7%) citaram outras formas de contratação (tabela 5).

Quanto à existência de Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) no município, dos 83 respondentes, 77 gerentes (74,4%) relataram que não há PCCS instituído no município, 13 (14,4%) responderam que já está instituído e 3 (3,3%) não souberam informar.

As faixas de remuneração mensal tiveram como base o valor bruto do salário mínimo nacional (SM) de R\$ 510,00. 14 participantes (15,6%) não responderam qual o valor da remuneração e os que relataram variaram entre R\$ 670,00 a R\$2.880,00 com a mediana de R\$ 1.600,00, sendo que na faixa de 1 a 3 SM (de R\$ 670,00 a R\$ 1.530,00) com 36 dos participantes (40,0%), entre 3 a 5 SM também com mesmo número e percentual e 4 (4,4%) recebem acima de 5 SM (R\$ 2.550,00 a R\$ 2.880,00).

Referente à jornada de trabalho predomina a contratação da carga horária de 40 horas semanais com 78 participantes (86,7%), seguida de 8 participantes (8,9%) que fazem de 20 a 38 horas e 4 (4,4%) não responderam. Em relação ao vínculo de trabalho, 80 participantes (88,9%) têm somente 1 vínculo, 10 (11,1%) possuem outro vínculo como demonstra a tabela a seguir:

Tabela 5 – Modalidade de seleção, de contratação, remuneração, carga horária semanal e vínculo dos gerentes da atenção primária à saúde dos MPP da 16^a, 17^a e 18^a RS do norte do Paraná, 2011.

	16 ^a	17 ^a	18 ^a	n	%
	n= 25	n=36	n=29	90	100
Ingresso no Emprego					
Concurso Público/Teste Seletivo	13	28	22	63	70,0
Outras formas	12	8	5	25	27,8
Não informado	-	-	2	2	2,2
Modalidade de Contratação					
Consolidação das Leis					
Trabalhista (CLT)	11	17	12	40	44,4
Estatuto do Servidor Público	8	12	12	32	35,5
Convênio/Terceirizado	3	5	3	11	12,3
Outro	3	1	2	6	6,7
Não informado	-	1	-	1	1,1
Remuneração Mensal					
1 a 3 SM	14	13	9	36	40,0
>3 a 5 SM	10	15	11	36	40,0
>5 SM	-	2	2	04	4,4
Não informado	1	6	7	14	15,6
Carga Horária Contratada Semanal					
40hs	23	30	25	78	86,7
20 a 38hs	2	5	1	8	8,9
Não informado	-	1	3	4	4,4
Outro Vínculo de Trabalho					
Sim	8	1	1	10	11,1
Não	17	35	28	80	88,9

*1SM = R\$ 510,00

5.4 ATUAÇÃO NA APS

Quanto à atuação profissional dos gerentes nos MPP, relacionada à experiência profissional, 36 participantes (40,0%) relataram atuar há mais de 5 anos com número maior na 17ª Regional de Saúde, 20 (22,2%) entre 1 a 3 anos de atuação seguido de 19 (21,1%) entre 3 a 5 anos com predominância na 18ª Regional de Saúde e 9 participantes (10,0%) com até 1 ano de atuação e 6 participantes (6,7%) não informaram (tabela 6).

Tabela 6 – Experiência profissional, na atenção primária e gerência informada pelos gerentes da 16ª, 17ª e 18ª Regional de Saúde nos MPP na região norte do PR, 2011.

Características	16ª	17ª	18ª	n	%
Tempo de atuação profissional (anos)					
Até 1	4	3	2	9	10,0
> 1 a 3	6	8	6	20	22,2
> 3 a 5	3	7	9	19	21,1
> 5	11	15	10	36	40,0
Não informado	1	3	2	6	6,7
Tempo de atuação na APS (anos)					
Até 1	3	3	3	9	10,0
> 1 a 3	6	10	7	23	25,5
> 3 a 5	3	8	6	17	18,9
> 5	12	15	12	39	43,4
Não informado	1	-	1	2	2,2
Tempo de atuação na gerência nesta unidade (anos)					
Até 1	9	12	8	29	32,2
> 1 a 3	7	9	8	24	26,7
> 3 a 5	5	7	1	13	14,4
> 5	2	8	7	17	18,9
Não informado	2	-	5	7	7,8
Gerência em outra unidade					
Sim	11	11	12	34	37,7
Não	13	25	15	53	59
Não informado	1	-	2	3	3,3
Exerce outra função					
Sim	13	23	16	51	56,7
Não	11	11	12	34	37,7
Não informado	1	2	1	5	5,6

Quanto ao tempo de atuação na APS, 39 participantes (43,4%) responderam atuarem no período superior a 5 anos, 23 (25,5%) num período entre 1 a 3 anos seguido de 17 (18,9%) entre 3 a 5 anos e 9 (10,0%) participantes até 1 ano de atuação. Deixaram de informar 2 participantes (2,2%). Relacionado ao tempo de atuação enquanto gerente na atual UBS, predominou o período menor que 1 ano, com 29 participantes (32,2%) seguido de 24 gerentes (26,7%) no período entre 1 a 3 anos, 17 participantes (18,9%) num período acima de 5 anos, 13 participantes (14,4%) entre 3 a 5 anos e 7 participantes (7,8%) não informaram. Dos participantes da pesquisa, 53 (59%) não atuaram como gerentes em outra UBS e 34 (37,7%) já atuaram.

Dentre as outras funções exercidas pelos gerentes dos MPP, 51 (56,7%) responderam que sim. Citaram: responsáveis pela vigilância epidemiológica, realizavam serviços assistenciais (enfermeiros do PSF, fisioterapeuta, enfermeira obstétrica), assinavam como responsáveis técnicos da unidade e enfermeiras da UBS.

Também exerciam a coordenação dos programas desenvolvidos na UBS, tinham a responsabilidade pela alimentação do sistema de informação, responsabilidade pela ouvidoria da saúde e respondiam pela vigilância sanitária.

Ainda foram citados: presidente do conselho municipal de saúde, responsável pela sala de vacina, coordenador da dengue, agricultor, secretaria do CMS e presidência da comissão de licitação.

5.5 PRÁTICAS GERENCIAIS

Para identificar as atividades inerentes aos gerentes, foi questionada a realização de planejamento; a avaliação dos serviços e ações de saúde e a periodicidade; realização da avaliação dos trabalhadores; reunião com a equipe e comunidade, objetivo e periodicidade; realização de educação permanente em saúde e a frequência; conhecimento e discussão dos indicadores de saúde com os trabalhadores da equipe.

Das práticas relatadas pelos participantes (tabela 7), a atividade mais referida por 67 participantes (85,6%) foi reunião com a equipe da unidade com predomínio da participação de todos os trabalhadores, com periodicidade das reuniões indefinida (65,6%), variando de quando necessário a semanal, mensal ou

bimestral, trimestral. A periodicidade mensal foi citada por 31 gerentes (34,4%) sendo 10 relatos na 16ª RS, 11 na 17ª RS e 10 na 18ª RS.

Tabela 7 – Práticas gerenciais citadas pelos gerentes da 16ª, 17ª e 18ª Regional de Saúde nos MPP na região norte do PR, 2011.

Prática gerencial	16ª	17ª	18ª	n	%
Realização de reunião com a equipe	24	34	19	77	85,6
Conhecimento de metas e indicadores de 2010	15	32	23	70	77,8
Planejamento das ações	20	25	21	66	73,3
Realização de reunião com a comunidade	20	23	20	63	70,0
Discussão com os trabalhadores das metas e indicadores	12	26	20	58	64,5
Conhecimento dos indicadores de 2009	11	28	16	55	61,1
Realização de avaliação das ações e serviços	15	23	17	55	61,1
Realização de educação permanente com os trabalhadores	16	21	12	49	54,4
Realização de avaliação dos trabalhadores	9	15	10	34	37,7

Questionados sobre o conhecimento da pactuação das metas e indicadores do município de 2010, 70 gerentes (77,8%) referiram ter conhecimento. Nos MPP da 16ª RS, dos 25 gerentes que responderam 15 (60,0%) foram afirmativos. Destes, 12 discutiram com a equipe. Nos MPP da 17ª RS, dos 36 respondentes, 32 (88,8%) foram afirmativos e destes, 26 afirmaram ter discutido com a equipe e nos MPP da 18ª RS dos 27 respondentes, 23 (79,3%) afirmaram que conheciam as metas e indicadores do município e destes, 20 discutiram com a equipe.

5.5.1 Planejamento e Realização das Ações

Quanto à realização de planejamento das ações e serviços, foi solicitado que descrevessem como realizaram uma atividade planejada em 2010, quem participou do plano e como foi desenvolvido. Obteve-se relatos de 66 gerentes (73,3%) de ações de planejamento na UBS baseados nos programas Saúde da Criança desenvolvendo a puericultura, imunização, combate à carência nutricional, bolsa alimentação. Relatados por 16 (17,8%) que não realizam planejamento e 8 gerentes (8,9%) não informaram.

Na Saúde da Mulher com coleta do preventivo do câncer de colo do útero e de mama, pré natal, acompanhamento no puerpério, incentivo ao aleitamento materno.

Nas doenças crônicas foram planejadas e realizadas ações de controle de hipertensão e diabetes, tabagismo e prevenção do HIV. Na Vigilância Ambiental, trabalhos relacionados à dengue, endemias e saneamento. Na Saúde do Idoso, acompanhamento aos acamados, vacinação, promoção da saúde com atividades lúdicas. Na Saúde do Adolescente, planejado e realizado educação em saúde nas escolas e na Saúde Bucal, orientação sobre escovação dos dentes.

Na tabela 8, apresentam-se as ações planejadas e executadas em 2010 relatadas pelos gerentes dos MPP, ressaltando que alguns gerentes citaram mais que um programa quando realizaram o planejamento.

Tabela 8 – Ações planejadas para 2010 relatadas pelos gerentes dos MPP da 16ª, 17ª e 18ª RS no norte do Paraná, 2011.

Ações planejadas	16ª	17ª	18ª	Total
Acompanhamento de grupos	26	16	7	49
Busca ativa	-	6	5	11
Coleta/Campanha do preventivo do câncer	2	5	3	10
Orientação	1	8	2	10
Campanha de vacinação	1	2	2	5
Visitas Domiciliares	2	-	3	5
Outros	3	2	-	5

Quanto à participação dos profissionais na realização do plano e nas atividades, relatou-se que há intensa participação dos ACSs, seguida da participação de enfermeiros da ESF, secretário municipal de saúde, conselheiro, fisioterapeuta, educador físico, psicólogo, fonoaudiólogo, médicos, auxiliares e técnicos de enfermagem. Dentre outros profissionais, foram relatados professores para ações com adolescentes, comunidade e lideranças, administradores da prefeitura, contador. Também foram citados o conselho municipal de combate à dengue, lideranças, setores administrativos, contabilidade, equipe odontológica, escolas e comunidade.

Há relatos de dois municípios da 18ª RS expressando a realização do planejamento centrado somente no enfermeiro. Também há dois municípios desta regional que desenvolvem projetos para a terceira idade envolvendo equipe multiprofissional com atividades de dança, atividades físicas acompanhadas por educador físico e fisioterapeuta.

Como instrumentos para o planejamento, foram citados diferentes sistemas de informação: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de

Informação de Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO), Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento (SISPRENATAL), Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA).

Predominaram nos relatos para o planejamento, ações baseadas nas metas e pactuações do Plano Municipal de Saúde, dos instrumentos de pactuação de indicadores (Programação das Ações de Vigilância em Saúde – PAVS, SISPACTO e Pacto pela Vida).

5.5.2 Reuniões com a Comunidade

Quando questionados sobre a realização de reuniões com a comunidade obteve-se 63 (70%) de respostas afirmativas dos gerentes e 27 gerentes (30%) não informaram sobre esta atividade.

Dos 63 gerentes que afirmaram realizar reunião com a comunidade, predominou a periodicidade “mensal” citada por 40 gerentes e os 23 restantes citaram “bimestral”, “quando necessário”, “trimestral”, “quinzenal”, “semanal”, “semestral”, “diário”, “não há periodicidade específica” e “continuamente”.

Como objetivo das reuniões com a comunidade, foi descrita a orientação sobre cuidados por 26 (28,9%) dos gerentes, focadas principalmente nos grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes e idosos e também para diminuir o fluxo de pessoas nas unidades básicas de saúde. Um segundo objetivo relatado para a realização de reunião foi a prevenção para os grupos de doenças crônicas não transmissíveis para manter estável o quadro atual da saúde. Discutir o aleitamento materno, parto normal e cuidados com o bebê; reeducação alimentar também foi citada para a prevenção conforme tabela 9.

Tabela 9 – Objetivos das reuniões com a comunidade relatados pelos gerentes da APS das 16^a, 17^a e 18^a RS no norte do Paraná, 2011.

Objetivos da reunião com a comunidade	16^a	17^a	18^a	Total
Orientar sobre cuidados	7	12	7	26
Prevenir doenças	7	3	6	16
Informar a população	4	7	2	13
Esclarecer dúvidas	2	4	4	10
Conscientizar a população	2	4	4	10
Melhorar a qualidade de vida	1	3	1	5
Melhorar o relacionamento	2	1	-	3
Não informado	-	2	5	7

Outro objetivo citado pelos gerentes foi informar a população sobre a importância dos propósitos, ações e os dados do município e cuidados de saúde para prevenção de doenças e promoção da saúde relacionada aos problemas de saúde que mais atingem a população.

Também foram citados: esclarecer dúvidas (11,1%) para instruir, educar e sanar dúvidas; conscientizar a população (11,1%), realizar educação em saúde e incentivar a participação na reunião do Conselho Municipal, melhorar a qualidade de vida (5,6%) e melhorar o relacionamento do serviço com o usuário (3,3%) para agilizar o trabalho.

5.5.3 Indicadores de Saúde como Subsídio para Prática Gerencial

Em relação ao conhecimento dos indicadores de saúde de 2009 do território, 11 gerentes (12,3%) da 16^a RS responderam afirmativamente; da 17^a RS obteve-se respostas de 28 (31,1%) gerentes e 16 (17,8%) da 18^a RS responderam totalizando 61,1%. Houve relato de gerentes sobre a dificuldade ao acesso dos indicadores de saúde porque a informação é centralizada.

Na tabela 10 apresentam-se os indicadores de saúde de 2009 citados pelos gerentes dos MPP das três regionais de saúde, lembrando que os participantes puderam relatar mais que um indicador de saúde.

Tabela 10 – Indicadores de saúde de 2009 referidos pelos gerentes dos MPP da 16ª, 17ª e 18ª RS no norte do Paraná, 2011.

Indicador de Saúde	16ª	17ª	18ª	Total
Taxa/Coeficiente de Mortalidade Infantil	4	16	20	40
Cobertura vacinal infantil	1	10	8	19
Taxa de Incidência	-	4	9	13
Número de consultas da AB	2	4	7	11
Cobertura de coleta de Citologia Oncótica	1	7	3	11
Taxa de internação	2	3	5	10
Taxa de natalidade	1	1	4	6
Mortalidade Geral	-	3	3	6
Perfil sócio econômico	-	6	-	6
Proporção de óbito infantil investigado	1	1	3	5
Outros	-	12	4	16

Como indicador de saúde foi citado o sistema de informação, instrumento de gestão e também vários programas. Ainda, foram citados indicadores indefinidos como “*gestantes, tuberculose, câncer de mama e colo de útero, natalidade, morbidade e mortalidade, nascidos vivos*”.

5.5.4 Avaliação das Ações e Serviços de Saúde

Questionados sobre realização da avaliação de ações e serviços, 38 gerentes (38,9%) responderam afirmativamente. Na 16ª RS, dos 25 gerentes, 15 (60%) responderam que realizavam; na 17ª RS, dos 36 gerentes, 23 (63,8%) afirmaram realizar avaliação e na 18ª RS, dos 29 gerentes, 17 (58,2%) responderam afirmativamente. No entanto, nem todos que responderam afirmativamente pontuaram os métodos utilizados.

A tabela 11 demonstra os métodos utilizados pelos gerentes da APS dos MPP pesquisados para realização da avaliação das ações e serviços de saúde.

Tabela 11 – Métodos utilizados pelos gerentes da APS dos MPP para realização da avaliação das ações e serviços de saúde na 16ª, 17ª e 18ª RS no norte do Paraná, 2011.

	16ª	17ª	18ª	Total
Pelos resultados da pactuação	1	6	8	15
Pelos resultados de atendimento	3	8	4	15
Controle dos pacientes	3	1	-	4
Relatórios do SIAB	-	-	2	2
Pelo contato com o paciente atendido	1	1	-	2

A avaliação das ações e serviços de saúde foram feitas com base nas metas e resultados da pactuação feita junto ao MS e pelos atendimentos realizados. Há relatos que esta avaliação é realizada em reuniões junto com a equipe regional e a partir dos resultados são traçadas ações para alcançar as metas. Na 16ª RS, ações como solicitação de mamografia, palestras educativas, controle da pressão arterial antes e posterior à exercícios, orientação de pacientes e cuidadores quanto à cuidados com as feridas também foram citados pelos gerentes.

Dos relatos feitos pelos gerentes da APS, na 17ª RS a avaliação das ações e serviços de saúde é realizada “para melhorar andamento dos serviços de enfermagem para integração da equipe; para elencar prioridades de atendimento”. Dentre as ações relatadas como forma de avaliação dos serviços e ações de saúde foram citados “busca ativa, acompanhamento, visitação pela equipe de pacientes resistentes”.

Na 18ª RS, as formas que são realizadas as avaliações são reunião com a equipe de saúde e equipe regional, acompanhando os hipertensos e diabéticos, busca ativa de faltosos nos programas, reuniões com a comunidade, discussão com toda a equipe, levantamento da população a ser atingida.

Ainda em relação à avaliação dos serviços e ações de saúde, foi questionado quem são os participantes neste processo. Os resultados são apresentados na tabela 12.

Tabela 12 – Participantes na avaliação dos serviços e ações de saúde referidos pelos gerentes dos MPP da 16ª, 17ª e 18 RS no norte do Paraná, 2011

	16ª	17ª	18ª	Total
ACS	5	4	4	13
Todos os funcionários	1	6	3	10
Equipe de Enfermagem	4	3	-	7
Coordenador da UBS	1	6	-	7
Enfermeira	1	2	2	5
Outros	3	4	2	9
Não informados	10	11	18	39

O ACS é a categoria que mais participa, seguida da participação dos demais funcionários. A participação da população foi citada por dois gerentes que foram enquadrados na tabela como outros.

5.5.5 Educação Permanente em Saúde (EPS) como Prática Gerencial

Em relação à realização de Educação Permanente em Saúde (EPS) com os trabalhadores da UBS, quarenta e dois gerentes (46,6%) não informaram este instrumento como prática gerencial. Das vinte e duas respostas da 16ª RS, dezesseis afirmaram realizar com os trabalhadores, na 17ª RS, dos trinta e seis, vinte e um relataram afirmativamente, e na 18ª RS, dos vinte e seis, doze realizam. No caso afirmativo, foi solicitado que fosse descrita uma atividade desenvolvida. As atividades desenvolvidas de EPS citadas pelos gerentes da APS, estão apresentadas na tabela 13.

Tabela 13 – Atividades de EPS relatada pelos gerentes da APS da 16ª, 17ª e 18 RS no norte do Paraná, 2011.

	16ª	17ª	18ª	Total	%
Capacitação	8	7	7	22	24,4
Oficina temática	4	3	1	8	8,9
Reunião com a equipe	1	4	2	7	7,8
Repasse de informações	2	2	2	6	6,7
Monitoramento e acompanhamento	1	4	-	5	5,6
Não informado	9	16	17	42	46,6

Fonte: da pesquisa (2012).

Dentre as respostas dos gerentes da APS dos MPP pesquisados, a capacitação foi mais citada, seguida de realização de oficina temática com características de educação continuada para a equipe.

5.5.6 Avaliação dos Trabalhadores

A prática gerencial menos relatada pelos gerentes dos MPP foi avaliação dos trabalhadores representando 62,3% dos participantes. Na 16ª RS, nove responderam afirmativamente, na 17ª RS, quinze responderam que sim e na 18ª RS, dez responderam que realizam avaliação dos trabalhadores. Não houve predominância quando questionados sobre a periodicidade, sendo citados “*anualmente, diária, semanal, trimestral, continuamente, semestral, conforme a demanda*”.

A tabela 14 demonstra o percentual dos instrumentos utilizados pelos gerentes da APS dos MPP pesquisados para realizar a avaliação dos trabalhadores de saúde.

Tabela 14 – Instrumentos utilizados pelos gerentes da APS dos MPP para avaliação dos trabalhadores da 16^a, 17^a e 18 RS no norte do Paraná, 2011.

	16 ^a	17 ^a	18 ^a	Total	%
Reunião	2	4	4	10	11,1
Relatório	2	4	4	10	11,1
Questionário, ficha	1	3	1	5	5,6
Observação/Pesquisa de campo	2	1	-	3	3,3
Visita Domiciliar	-	1	1	2	2,2
Não realizam	2	2	-	4	4,4
Não informado	16	21	19	56	62,3

Predomina a falta de um instrumento específico para esta atividade, sendo relatada por dez gerentes (11,1%) reunião da equipe para verificar pontos positivos e negativos das ações e desempenho profissional. O relatório citado pelos dez gerentes (11,1%) refere-se a verificação dos registros feitos pelos ACS referentes a suas atividades.

Outros instrumentos de avaliação citados por cinco gerentes (5,6%) foram: questionário, formulário específico e ficha preenchida na contratação. Ainda, citados como instrumento de avaliação a observação e pesquisa de campo por três respondentes e visita domiciliar por dois participantes (3,3% e 2,2% respectivamente).

5.5.7 Utilização dos Sistemas de Informação para Gerência

Foram questionadas as fontes de informação utilizadas para o planejamento e avaliação das ações e serviços apresentando um *check list* com os principais sistemas, sendo que os participantes poderiam assinalar vários itens e também acrescentar outros se necessários, tanto que o relatório e registros próprios da UBS ou prefeitura representaram 60,0% dos relatos.

Tabela 15 – Distribuição da utilização dos sistemas de informação referidos pelos gerentes da APS da 16^a, 17^a e 18^a Regional de Saúde nos MPP na região norte do PR, 2011.

Sistema de Informação	16^a	17^a	18^a	n	%
SIAB	18	22	19	59	65,4
Relatórios e registros próprios (UBS/ prefeitura)	14	22	18	54	60,0
SISPRENATAL	11	21	19	51	56,7
SINASC	11	18	20	49	54,4
SIM	10	18	16	44	48,8
SISHIPERDIA	15	9	9	33	36,6
SIA	7	9	12	28	31,2

Como demonstrado na tabela 15, o sistema de informação mais citado pelos participantes (65,4%) foi o SIAB e o SIA o menos utilizado (31,1%) para o planejamento e avaliação das ações.

6 DISCUSSÃO

A média de idade e a predominância do sexo feminino dos gerentes deste estudo são semelhantes aquelas da pesquisa realizada em Cajuri (MG) de Gomes *et al.* (2011).

Vale ressaltar que nesta pesquisa predominam largamente os enfermeiros ocupando o cargo de gerente nos MPP. Este fato pode ser justificado pela implantação da ESF com coordenação realizada por esses profissionais. Segundo Oliveira e Rozendo (2009, p.381), “[...] a enfermagem adquire papel fundamental, tanto na assistência como na gerência [...] sabendo que a Atenção Básica é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe”.

Reforçam Fernandes *et al.* (2010) que esta categoria é uma das mais mobilizadas na saúde para o gerenciamento das UBS, utilizando a “descentralização administrativa, comunicação informal e criatividade” para exercê-lo. Necessita de compromisso pessoal e profissional na organização dos serviços, tendo o olhar no usuário, nos trabalhadores e na instituição.

Relacionados à formação na graduação e pela complexidade do sistema de saúde, Victora *et al.* (2011) constatam que a formação na graduação tem sido pauta de discussão entre os Ministérios da Saúde e Educação para mudanças curriculares, dando ênfase à atenção primária para responder às necessidades do setor da saúde. Verifica-se o crescimento de matrículas em universidades para as profissões de saúde, “[...] em especial dos enfermeiros para tratar do desequilíbrio crônico entre enfermeiros e médicos que em 2007 a proporção era de 1,7 médicos para 0,9 enfermeiros”.

Os resultados do nível de escolaridade dos gerentes pesquisados neste estudo equivalem ao estudo de Gomes *et al.* (2011), no qual 85,7% já haviam feito pós graduação predominando especialidades clássicas e na área profissional de atuação em que estão inseridos, e não especificamente para a função que estão exercendo.

No presente estudo, chama atenção que há três gerentes com formação de nível médio onde se questiona a preparação desses profissionais para exercerem a função gerencial, contrário do estudo de Gomes *et al.* (2011), no qual 42,8% dos participantes eram profissionais de saúde com vasta experiência no

serviço público, com conhecimento e domínio sobre os princípios e diretrizes da política de saúde.

Para o fortalecimento do SUS, o MS tem feito parcerias com várias universidades e institutos de ensino para a formação de recurso humano em saúde, financiando cursos de aperfeiçoamento, capacitação e qualificação dos gestores como é o caso da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT, 2011, p.01), que desde 2006 oferta o Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS (CDG-SUS) “[...] despertando no aluno a co-responsabilidade com o processo de gestão e do cuidado, desenvolve o sentimento de pertencimento, de solidariedade na equipe e o desafio de construir mudanças nas práticas profissionais”.

Mendonça *et al.* (2010) citam dois programas que estão contribuindo diretamente para que a gestão do trabalho no SUS se qualifique: o Programa de Capacitação Gerencial para o Sistema Único de Saúde (PROGESUS), voltado para a qualificação de gestores, com vistas a enfatizar o importante papel dos gerentes de articulador de ações que resultem na melhoria da qualidade de atenção, a partir da estruturação/qualificação dos serviços de saúde e o programa da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS), criado em junho de 2008, que facilita o funcionamento de uma rede colaborativa de instituições acadêmicas, serviços de saúde e gestão do SUS, destinada a atender necessidades de formação e educação permanente em saúde em áreas estratégicas.

Quanto ao vínculo empregatício, Heinen (2009, p.03) descreve que há duas espécies de servidores estatais: *Servidores Públicos titulares de cargos públicos* que são titulares de cargos públicos na administração direta submetidos a um regime jurídico de direito público estatutário e os empregados públicos das pessoas políticas, autárquicas e fundacionais de direito público, que são todos aqueles com vínculo empregatício contratual, detentores de um emprego público, admitidos sob vínculo de emprego para funções materiais subalternas (p. ex.: artífice, servente, motorista, jardineiro, etc.), constitucionalmente permitido, contudo não desejável; contratados, nos termos do Artigo 37 - IX, da CFB, sob vínculo trabalhista, para atender necessidade temporária de excepcional interesse público ou aqueles estabilizados pela via do art. 19, dos Atos das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), que se firmaram pelas regras da CLT, por serem remanescentes do regime anterior, no qual se admitia (ainda que muitas vezes inconstitucionalmente) amplamente o regime de emprego.

Nesta pesquisa, o ingresso no emprego predomina por meio de concurso público/teste seletivo, melhor do que o resultado encontrado por Junqueira *et al.* (2010) no qual apenas 20% dos secretários municipais de saúde da macrorregião sanitária Leste do Sul de Minas Gerais utilizavam o concurso público para seleção dos profissionais e “as formas de seleção adotadas são alternativas de incorporação arcaicas do empreguismo, clientelismo e patrimonialismo, como, por exemplo, a indicação política”.

A modalidade de concurso público está em conformidade com a Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1988, p. 21):

Art. 37 - A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte: I - os cargos, empregos e funções públicas são acessíveis aos brasileiros que preencham os requisitos estabelecidos em lei, assim como aos estrangeiros, na forma da lei; II - a investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego, na forma prevista em lei, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração.

Como resultado desta pesquisa, as outras formas de contratação foram menos do que os resultados de Junqueira *et al.* (2010) que encontraram 55,6% das contratações foram por meio de análise de currículo, 62,5% por entrevista, e 4,4% não foram objeto de nenhum tipo de seleção para contratação dos profissionais.

Ainda segundo Junqueira *et al.* (2010) houve mudanças importantes na proporção de empregos públicos citando que “no ano de 1980, a esfera federal detinha mais de 42% do total das vagas de emprego, e a esfera municipal, apenas 16,2%; em 2005, os empregos da esfera municipal passam a representar 68%, e os federais, apenas 7,3%”, lembrando o número de MPP brasileiros como grandes empregadores desta mão de obra. Almeida Filho (2011) afirma que o SUS é o maior empregador no Brasil, porém chama atenção para os cursos de nível superior para as profissões da saúde que não formam profissionais “qualificados, orientados para evidência e bem treinados e comprometidos com a igualdade na saúde”.

Também chama atenção no artigo *O Regime de Emprego no Âmbito da Administração Pública*, fazendo análise sobre a possibilidade do regime celetista na administração pública, concluindo que há controvérsias, pois com a:

[...] Emenda Constitucional n. 19/98, passaram a coexistir concomitantemente os regimes estatutário e celetista em algumas administrações públicas de entes federados [...] Contudo, em 2007, o STF proferiu decisão liminar nos autos da ADIn n. 2.135/DF, para suspender a eficácia do art. 39, *caput*, da Constituição Federal, com a redação da Emenda Constitucional n. 19, de 4/6/98. A citada decisão baseou-se em vício de tramitação da respectiva emenda, e assim restaurou os efeitos da redação original do art. 39, na qual continha o “*regime jurídico único*”, com efeitos *ex nunc*, ou seja, daquela ocasião em diante. Desta sorte, restou restaurada a exigência de um único regime jurídico para os servidores das pessoas jurídicas de Direito público da Administração Pública (administração direta e autarquias e fundações). (REZENDE, 2010, p.80).

É importante esta reflexão, pois neste estudo 35,5% dos profissionais referiram contrato pelo Estatuto do Servidor Público que somado com a modalidade de CLT resulta em 79,9%. Os gerentes contratados por outras formas têm vínculo precário e Victora *et al.* (2011, p.48-49) chamam atenção sobre os “contratos especiais” dos profissionais da estratégia saúde da família, permitindo a contratação e demissão com mais facilidade do que os concursados, pagamento de salários superiores, porém com ausência de estabilidade e benefícios resultando em insatisfação e rotatividade de pessoal, o que leva a uma descontinuidade do cuidado.

Medeiros *et al.* (2010) mostra nos resultados de sua pesquisa que a alta rotatividade dos profissionais nos serviços municipais se dá pelos vínculos precários, com grandes diferenças salariais entre os municípios porque o MS deixa a cargo das prefeituras a contratação dos profissionais recomendando a realização de concurso público, o que muitos municípios não realizam.

Uma posição otimista é apresentada por Mendonça *et al.* (2010) quando pesquisada a gestão do trabalho em quatro centros urbanos (Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória) onde constataram que especialmente no nível municipal os contratos precários estão sendo substituídos por quadros próprios por meio da realização de concurso público.

Relacionado ao salário bruto recebido pelos gerentes da APS, neste estudo, a mediana foi muito abaixo se comparada com o estudo de Gomes *et al.* (2011, p.889) que obteve a mediana de R\$ 2.670,00 e o maior salário de R\$ 10.000,00, com relatos de que “os baixos salários são entraves para o desenvolvimento das características da APS”. Nesta pesquisa os salários relativamente baixos talvez se devam, em parte, ao fato de a maioria serem

mulheres, que costumam ter salários inferiores aos dos homens, como assinala Barata (2009).

Na atual pesquisa, a carga horária de trabalho contratada dos gerentes pode ser justificada provavelmente porque há vários enfermeiros que são da equipe de saúde da família e foram contratados segundo as diretrizes da estratégia.

Sinalizado neste estudo que, antes de discutir competência, é necessário pensar na instituição do contrato formal para os gerentes dos MPP, pois alguns foram indicados pelo gestor municipal durante a pesquisa *in loco* pela necessidade de conduzir o trabalho dos pesquisadores na aplicação do instrumento. Neste sentido, os municípios deverão se estruturar e organizar técnica e administrativamente porque é a esfera de governo mais próxima da população. Para firmar a perplexidade da pesquisadora, segue uma frase da entrevista de Campos realizada por De Lavor (2011) que diz “no SUS, até hoje, diretores de unidades básicas e de hospitais são cargos de confiança de secretários. Isso é um absurdo. No mundo inteiro não é mais assim”. Pelo pequeno percentual de gerentes dos MPP pesquisados terem feito curso de gerência, é necessário o incentivo para realizá-los, pois a qualificação/capacitação do profissional de saúde é um dos caminhos para profissionalização da gestão e também um dos desafios a ser enfrentado.

O objetivo maior de se fazer gestão é a busca de um mundo diferente. Na saúde menos doença, menos mortes, mais qualidade de vida e isto é tarefa dos gerentes de saúde propiciando e facilitando a organização dos serviços e da sociedade. É necessário “uma caixa de ferramenta, entendida como o conjunto de saberes, para conformação do cuidado, para compreender os problemas de saúde e enfrentá-lo adequadamente.” Portanto, enquanto gerentes na atenção primária, este espaço se abre e com as práticas gerenciais possibilita combinar a produção de atos cuidadores de maneira eficaz com conquistas de resultados (MERHY, 2007).

Relacionado ao trabalho e gerência da APS, Souza e Athayde (2011) citam no artigo que realizaram num Centro de Saúde no estado do Rio de Janeiro que “o trabalhador não deve ser mero executor de procedimentos e normas e nem os usuários mero depositário de seus efeitos”. Se essa estruturação não acontecer, Vidor, Fisher e Bordin (2011) ressaltam a permanência da relação burocratizada em que o “nível de maior abrangência (federal ou estadual) pergunta e

o de menor abrangência (estadual ou municipal) responde, e a necessidade é determinada pelo nível de maior abrangência”.

Neste atual estudo não se evidenciaram muitas práticas que capacitem os gerentes. A prática gerencial mais citada são as reuniões entre os profissionais de saúde na UBS que acontecem com a frequência predominantemente mensal para discutir metas a alcançar, para o planejamento, avaliação dos serviços e ações da equipe com a maior participação dos ACS. Diferente dos resultados encontrados por Castanheira *et al.* (2009) quando desenvolveram o estudo sobre avaliação da qualidade da AB em 37 municípios do centro-oeste paulista, que obteve como resultado a participação predominante dos enfermeiros e auxiliares, seguido de agentes comunitários. Pensando em mudanças, tanto no processo quanto no modelo de atenção, é importante a participação de todos os profissionais na perspectiva da interdisciplinaridade.

A reunião, conceituada como agrupamento de pessoas para tratar de qualquer assunto (REUNIÃO, 2011) é considerada instrumento para obter resultados no processo de trabalho gerencial, como mostra o resultado de Passos e Ciosak (2006), na pesquisa com enfermeiros para verificar a concepção no processo gerencial nas UBS. Neste estudo, observa-se que as reuniões acontecem para encaminhamentos das tarefas futuras e não foi mencionada pelos gerentes do MPP a resolução de conflitos entre a equipe e com os usuários, comum onde há relação humana.

Quanto aos indicadores de saúde como subsídio para prática gerencial, o MS considera como fonte os Indicadores e Dados Básicos para a Saúde (IDB) da Rede Interagencial de Informação para a Saúde – RIPSAs (2008) que foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações. Os indicadores são classificados em seis subconjuntos temáticos: demográficos, socioeconômicos, mortalidade, morbidade e fatores de risco, recursos e cobertura.

Nos instrumentos utilizados pelos gerentes deste estudo, predominam os indicadores de mortalidade e morbidade. No subtema demográfico, a população total, de idosos, mortalidade proporcional por idade em menores de 1 ano de idade; em relação à cobertura, o indicador utilizado é referente ao número de consultas médicas/habitante no SUS; cobertura de consultas de pré natal, proporção de partos cesáreos realizado pelo SUS, proporção de óbitos, cobertura vacinal. Não se utilizou nenhum indicador socioeconômico para o planejamento na saúde.

Para Mello Jorge Laurenti e Gotlieb (2010), a qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formatação (frequência de casos e tamanho da população em risco) e também da precisão dos sistemas de informação empregados (registro, coleta e transmissão de dados).

Barbosa e Foster (2010) descrevem que a informação em saúde “surge como área de conhecimento da Saúde Coletiva porque consideram as determinações sociais no processo saúde doença” e é fundamental para o planejamento local, sustentando as atividades pautadas na realidade locorregional, sendo considerada ferramenta que analisa as produções das ações, as decisões, possibilitando a autonomia dos trabalhadores da saúde. Estas informações podem ser obtidas por meio dos sistemas de informações no setor da saúde gerando indicadores.

Os indicadores de saúde, segundo a RIPSA (2008), são medidas-síntese que contém informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Neste estudo, ficou nítido que não há clareza dos gerentes dos MPP pesquisados, porque citaram sistemas de informação e programas como indicadores de saúde.

Mokate e Wilner (2009, p.03), definem indicador como

[...] uma *construção mental* que sintetiza informações quantitativas e/ou qualitativas sobre um fenômeno relevante que se deseja medir. O indicador “indica” ou “assinala”. Permite caracterizar os fenômenos (ações, atividades, resultados, efeitos) que necessitamos conhecer, entender, monitorar e/ou analisar nos processos de gestão.

A situação de saúde deve ser analisada continuamente, podendo ser realizada através de indicadores de saúde, pois “funcionam como um termômetro do Sistema de Saúde”. Altas taxas de mortalidade e morbidades preveníveis tendem a refletir baixa qualidade na atenção à saúde do município e de vida da população local, que significa problemas no Sistema Municipal de Saúde (CNM, 2008, p.39).

Neste estudo, os indicadores citados pelos gerentes dos MPP foram baseados nos instrumentos de pactuação com características burocráticas junto ao MS, o que é correto na medida em que garante recursos da União quando se atinge a meta. Semelhante ao estudo de Vidor, Fisher e Bordin (2011) quando realizaram uma pesquisa para verificar o uso do sistema de informação nos MPP no estado do Rio Grande do Sul, obtiveram respostas de que indicadores importantes são

também os pactuados com o Estado, que devem ser apresentados nos relatórios de gestão ou são usados na avaliação do programa de repasse de verbas para os municípios.

Porém, Spiller *et al.* (2011, p.139) citam que “o que deve ser medido deve afetar a satisfação do cliente e o que são considerados importantes por ele, por isso a necessidade de definir diferentes indicadores e processo de mensuração e acompanhamento ao longo do tempo”. Por estas questões, chama atenção que as metas municipais devem atender as prioridades loco regionais com as suas desigualdades e não à imposição nacional.

Nos resultados desta atual pesquisa, pertinente ao conhecimento dos indicadores de 2009 pelos gerentes da APS, fica evidente uma quantidade significativa de respostas confusas, indicadores bastante indefinidos, programas como saúde do idoso, saúde da mulher e da criança, programa de tuberculose e hanseníase, entre outros citados como indicador e os sistemas de informação. Não há como afirmar que os gerentes têm claro o conceito de indicador de saúde e o seu uso para tomada de decisão.

Da mesma forma nos resultados do estudo de Vidor, Fisher e Bordin (2011) que realizaram nos MPP gaúchos, no instrumento de pesquisa empregaram os termos “indicadores” e “dados estatísticos” como sinônimos para facilitar o entendimento do enunciado e conseguir respostas mais confiáveis. Como respostas obtiveram “os indicadores mais importantes para o planejamento da saúde no município termos vagos como “alcoolismo”, “oncologia” ou “controle de doenças”, e 42% deles citaram os próprios SIS como indicadores”.

Como neste estudo, Vidor, Fisher e Bordin (2011) concluíram que “tal resultado” aponta falta de familiaridade com os termos “indicadores” e “dados estatísticos”. Isso leva a refletir sobre o preparo dos gerentes nos MPP que estão na condução do sistema, pois a escolha de indicadores, processos de mensuração e análise dos resultados devem ser criteriosos e são ferramentas de avaliação da qualidade da atenção prestada.

Assim, a função gerencial deve utilizar as informações locais para planejar, programar, desenvolver e controlar as atividades no seu território e não somente, como citam Oliveira e Rozendo (2009, p. 3810)

[...] atuando apenas no que chamamos de “apagar incêndios”, se envolvendo na resolução de conflitos no/do trabalho, na reposição de insumos e medicamentos às Unidades de Saúde da Família (USF), tentativas de responder às denúncias e reclamações dos usuários, deparando-nos com a ausência de direitos trabalhistas, comunidades descobertas de assistência, condições precárias de infra-estrutura das unidades, entre outros.

Na pesquisa de Fernandes *et al.* (2010), foram encontrados relatos em que os enfermeiros do estudo referem valorizar o planejamento como instrumento importante da prática da gestão, adequando à especificidade de cada situação.

Planejamento definido como determinação de um conjunto de procedimentos, de ações visando à realização de determinado projeto. Vilasboas e Paim (2008, p.1240) citam que o planejamento implica o trabalho humano já que propõe a transformação do objeto em produto vinculado a uma finalidade. Também como um processo social, uma ferramenta de gestão que age sobre as práticas de saúde contribuindo para a implementação das políticas de saúde, podendo assumir a conformação de “cálculo sistemático e dependendo do grau de formalidade do cálculo, pode haver um planejamento estruturado, com procedimentos formalizados para elaboração de propostas de ação baseados na análise da situação”.

Segundo Rivera (2009), na saúde o planejamento iniciou sob a influência da Comissão Econômica para América Latina (CEPAL). Para o desenvolvimento integrado entre expansão do crescimento econômico e implementação de políticas sociais, foi desenvolvido pelo Centro de Estudos do Desenvolvimento da Universidade Central da Venezuela (CENDES) um método de planejamento em saúde vinculado ao custo/benefício. Apesar dos méritos do método com priorização de prevenção a danos, revelou-se precário devido ao baixo poder de interferência do Estado sobre o setor, sendo considerado bastante tecnocrático, economicista, cedendo lugar para o planejamento estratégico proposto por Carlos Matus e Mário Testa.

No Brasil, Merhy tem estudado sobre o tema baseado na teoria de Matus do Planejamento Estratégico Situacional para “identificar problemas” no processo de trabalho e relações entre os diversos atores em cena. Importante responder às questões “para quê? a quem? como?” para dar rumo na intervenção (MERHY, 2007).

Neste estudo, a ênfase no planejamento é para os programas instituídos pelo MS, não tendo uma característica singular por regional de saúde. É comum a todos os MPP as ações para hipertensos e diabéticos, doenças crônicas degenerativas não transmissíveis, já que acomete um número grande de adultos pela transição epidemiológica com uma tendência crescente.

No entanto, verifica-se que pode haver uma atenção no planejamento de ações à Saúde da Mulher e da Criança respondendo ao lançamento em 2009 do programa “Nascer no Paraná, um direito à vida”. Tal atenção pode estar refletida na 16ª RS, na qual são predominantes ações de puericultura e orientações no pré-natal apresentando Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) preliminar de 2010 (DATASUS, 2011) de 15,5/1000nv (62 óbitos para 3.979 nascimentos). Na 17ª RS a ênfase nas ações de incentivo ao aleitamento materno está presente em vários relatos dos gerentes e o CMI foi de 13,6/1000nv (134 óbitos para 9.798 nascimentos). Esta ação também se deve à Rede Amamenta Brasil, estratégia do MS instituída pela portaria nº 2.799, de 18 de novembro de 2008. A reportagem *Rede Amamenta Brasil: Londrina é referência e Portaria do MS implanta no SUS do Núcleo Londrina – ParanáOnline* (2011) cita que esta estratégia é resultado da tese de doutorado de uma docente da UEL, servidora da secretaria municipal de saúde que coordena o grupo operacional da Rede.

Na 18ª RS, não houve menção dos gerentes relacionada ao planejamento da saúde da mulher e da criança e o CMI foi de 18,2/1000nv (40 óbitos para 2.189 nascimentos), sendo que no estado foi de 12,0/1000nv (1835 óbitos para 152045 nascimentos). Pelo resultado desta pesquisa, as regionais que apresentam menor CMI podem estar relacionadas à ênfase dos programas materno infantil.

Chamam atenção dois municípios da 18ª RS que contam com projeto de promoção à saúde, envolvendo equipe multiprofissional para realizar as atividades propostas.

Quanto à participação dos profissionais de saúde para o planejamento, predominam os ACS no processo nas três regionais, o que leva a crer que toda ação da atenção primária surge a partir da demanda, do conhecimento e busca ativa deste profissional e também por ser considerado o elo entre o serviço e a comunidade.

No estudo de Santos *et al.* (2011) que objetivou conhecer o perfil e a realidade de trabalho dos ACS em quatro MPP do noroeste paulista, os autores encontraram grande rotatividade destes profissionais e a falta de compreensão das funções que lhes são atribuídas isso em função da busca deste emprego pela falta de outro trabalho e não pela função que devem exercer. Neste estudo não foi possível essa constatação, mas percebe-se que os gerentes têm maior controle sobre esta categoria.

Outra prática gerencial do SUS é o estímulo para participação ativa da comunidade e do usuário no serviço de saúde, garantida por meio da Lei 8.142/90 até com função deliberativa por meio dos conselhos e conferências de saúde. A participação incorporou mecanismos de controle social como ouvidoria, disque denúncia para ampliar o contato e os espaços de relação dos usuários com o serviço de saúde para a defesa dos indivíduos e da coletividade. Paim *et al.* (2011) lembram que “para além das conferências nacionais de saúde, uma inovadora estrutura foi institucionalizada através da criação de conselhos de saúde e comissões intergestoras em ambos os níveis: Estado (bipartite) e Federal (tripartite) e as decisões são tomadas por consenso”.

Soratto, Witt e Faria (2010) consideram entrave para a participação popular, mesmo amparada legalmente, a resistência dos trabalhadores de saúde e gestores porque abrir a porta e o interior dos serviços de saúde significaria e implicaria compartilhar saberes e poderes. Por outro lado, o “marasmo participatório” pode ser justificado pela organização da produção de cuidado em saúde centrada em procedimentos esperando que “a coisa doente apareça e se medicalize” ou pela falta de compreensão do que seja cidadania que amplia a dimensão pública para além do domínio do Estado.

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004, p.43), controle social no sistema de saúde brasileiro quer dizer direito e dever da sociedade de participar do debate e da decisão sobre a formulação, execução e avaliação da política nacional de saúde. Para demonstrar este espaço do controle social, cita-se a proposta de Campos (2011) “que o movimento social encaminhe aos deputados para fazerem uma lei proibindo que os secretários de saúde dos municípios, estados e União usem cargos de confiança para nomear diretores de UBS e também obrigando a criar procedimentos internos nos serviços de saúde para diminuir o clientelismo”.

Para que aconteça o impacto sobre a qualidade de vida da sociedade, Pires (2008) afirma que este depende da participação social no planejamento, gestão, operacionalização e monitoramento dos programas e ações e este processo não é fácil, nem simples, muito menos natural. Exige a saída das pessoas de suas zonas de conforto, pois todos os atores devem inserir-se e integrar a nova cultura.

Tem a necessidade de criar vínculo e aprender a aprender com o saber popular para práticas sanitárias, tanto no coletivo como no individual. Portanto, lida com os usuários do sistema. Merhy (2007, p.20) define usuários “como produtores e portadores das necessidades de saúde”.

Pelos resultados desta pesquisa, a participação da comunidade e o controle social na construção do sistema de saúde é incipiente quando se leva em consideração o que é garantido por lei ou a visão dos autores acima citados. Os usuários que são considerados vítimas se tornam culpados necessitando em grande medida de educação e obediência para com os profissionais de saúde na condução da vida. É muito forte a ideia de que promover a saúde depende somente da mudança de estilo de vida e do comportamento individual.

Os gerentes participantes da pesquisa se posicionam de forma bastante prescritiva realizando reuniões e encontros para “dar orientações, ensinar, conscientizar, reeducar, instruir”, diferente dos resultados de Sant’Anna *et al.* (2011) quando buscaram compreender a interação da enfermeira da ESF com a comunidade. Obtiveram relatos descritos a seguir: *tem uma associação de bairro aqui, é assim o nosso elo. Hoje, marcamos uma reunião com a associação, para que a população possa estar apresentando as dificuldades que estão acontecendo; é fazer com que todos venham ao posto, sejam bem atendidos e saiam satisfeitos com o problema resolvido, ou pelo menos, encaminhado ou ainda a finalidade é que a gente possa ter uma resolução do problema. Preparar a pessoa, para que ela possa, em outra oportunidade, resolver por si própria o seu problema, dentro daquilo que é possível.*

Davini (2009, p.41) cita que devido à formação acadêmica, os profissionais de saúde realizam ações de educação dirigida à comunidade por meio de

[...] reuniões para informar o comportamento ideal, para oferecer instrução diversa da realidade existente ou dos problemas e condições em que se realizam [...]. Presume-se, com isso, contribuir com a transformação dos modos de atuação ou interação das pessoas.

Não significa que se deve abolir as reuniões e a educação como ação da saúde. O que vale ressaltar, como citam Palhares Guimarães, Haueisen Martin e Paolinelli Rabelo (2010, p.28),

[...] deve a educação ser pensada como um exercício coletivo de valorização das experiências e da criatividade individual, buscando novos instrumentos para o trabalho. Como consequência, educar torna-se o (re)inventar e a (re)construção do conhecimento de forma personalizada, transpondo o mero preparo de mão de obra para o mundo globalizado, buscando a capacitação do profissional, um transformador da realidade, um (re)avaliador crítico. Esta condição favorece uma (re)descoberta do indivíduo, das suas potencialidades, dos seus limites e de alguma maneira, subsidia o desenvolvimento de suas capacidades.

Ceccim e Feuerwerker (2004), parafraseando Campos, citam que o modelo de atenção do trabalho das equipes e das organizações de saúde deve ser repensado para reforçar a educação em saúde para “ampliar a autonomia e a capacidade de intervenção das pessoas sobre suas próprias vidas”. É importante a observação de Trindade *et al.* (2011) quando afirmam que “as reuniões e atividades em grupo representam um importante espaço para se produzir o diálogo, não somente com a comunidade, mas também com o indivíduo”.

Com a prática dos gerentes dos MPP neste estudo, pouco se avançará para o empoderamento e libertação dos usuários, transformando-os em sujeitos ativos. Martins *et al.* (2011) na pesquisa realizada no município de Teixeira (MG) com objetivo de analisar as representações sociais do SUS e do PSF pelos usuários efetivos do sistema, encontraram como resultado a ausência de menção dos mesmos sobre a possibilidade de participar como um ator ativo na formulação de políticas e ações de saúde ligadas à comunidade onde vive, inclusão social e resgate da cidadania.

Trindade *et al.* (2011, p.164) concluíram na reflexão sobre a ESF que um dos desafios das equipes,

[...] é saber utilizar, de maneira mais adequada, os momentos de encontro com o usuário, quando o profissional, além de realizar procedimentos técnicos, pode utilizar-se dessa situação para acolher demandas, formar vínculos e otimizar as relações humanas. As atividades de educação em saúde devem provocar mudanças de hábitos de vida dos usuários do SUS que favoreçam o autocuidado, uma vez que a educação em saúde busca a resignificação da consciência social, de hábitos e comportamentos.

Uma outra prática gerencial para o avanço do sistema é a avaliação das ações e serviços de saúde. Hartz (2009), define avaliação como julgamento de valor a uma intervenção, por meio de dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas. Os objetivos da avaliação, segundo Figueiró, Frias e Navarro (2010, p.07) são: “ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção; fornecer informações para melhorar no seu decorrer; determinar os efeitos de uma intervenção ao seu final para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida; utilizar os processos de avaliação como incentivo para transformar uma situação injusta ou problemática, visando o bem estar coletivo e contribuir para o progresso dos conhecimentos”.

Fernandes, Ribeiro e Moreira (2011) afirmam que avaliar também é comparar parâmetros estabelecidos e resultados alcançados de uma dada intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes, para alcançar determinados objetivos. Pereira *et al.* (2011, p.49) constatou que há escassez desta modalidade de estudo, pois este tipo de investigação “tem a potencialidade de demonstrar insatisfações e dificuldades em relação à observância de alguns princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da ABS”.

Pela complexidade do sistema de saúde, a avaliação pode ser uma alternativa adequada para verificar o funcionamento, qualidade, efetividade e satisfação dos usuários e também para servir de base para programação anual do ano seguinte.

Neste estudo, a avaliação das ações e serviços de saúde nos MPP pesquisados tem um caráter normativo, os gerentes realizam para dar respostas à pactuação do município junto com a União, baseados nas metas, buscando estratégias para atingi-los. Há, mesmo que incipiente a avaliação de qualidade utilizando o instrumento da Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), quando citam que as reuniões são realizadas com os profissionais de saúde para melhorar o andamento dos serviços de enfermagem.

Em relação à satisfação dos usuários, é bastante vaga a forma de verificação quando citam que isso acontece através do contato com o paciente atendido. Não se pode concluir que seja sistematizada esta prática porque são poucos os gerentes que citaram.

Neste estudo, alguns gerentes dos MPP sugerem estratégias para mudança da realidade, analisam pontos positivos e negativos das ações e serviços demonstrando que, mesmo que incipiente ou mesmo por exigência do estado, existem movimentos para avaliar. Até mesmo os municípios que não realizam, estão buscando formas de fazê-lo.

Uma estratégia proposta pelo MS para qualificação da atenção e gestão é a Educação Permanente em Saúde (EPS) e nem sempre são bem compreendidos os significados de EPS e Educação Continuada (EC). Para embasamento desta afirmativa, Davini (2009) conceitua a EPS como uma metodologia pedagógica centrada na resolução de problemas incorporando o ensino e aprendizado à vida cotidiana das organizações e práticas sociais, problematizando o próprio fazer, buscando alternativas de ação, ampliando os espaços educativos fora da aula e dentro das organizações, na comunidade, em clubes e associações, em ações comunitárias. Diferente da EC, esta com pedagogia da transmissão, uma estratégia descontínua de capacitação centralizada na atualização de conhecimentos, geralmente com enfoque disciplinar, em ambiente didático e baseado em técnicas de transmissão, algumas vezes distante da prática.

No Brasil, a Educação Permanente em Saúde (EPS) foi instituída para recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde. Segundo o MS (BRASIL, 2009b, p.20) “a Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A EPS se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais”.

Nesta pesquisa, dentre os gerentes dos MPP que afirmaram realizar a EPS com os trabalhadores, poucas iniciativas têm esta característica predominando a EC, reproduzindo a formação da graduação dos profissionais de saúde. Ceccim (2008) cita que a educação tem-se mostrado um importante reservatório da resistência contra os avanços da cidadania em saúde, em que vigora um imaginário de saúde como prestação de serviços altamente tecnicizados, com

usuários tomados por seus padrões biológicos. Até mesmo os treinamentos e atualizações foram para melhorar ou corrigir erros técnicos. Os gerentes da 17ª Regional de Saúde foram os que mais se aproximaram da prática de EPS, supondo que há uma grande contribuição das universidades que utilizam as UBS enquanto campo da prática e residência, interferindo positivamente no serviço.

Segundo Ceccim (2005, p.165), a EPS procura mudar o modelo tradicional de educação em saúde e na graduação, salientando que as “capacitações não se mostram eficazes para possibilitar a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas – tanto de gestão, como de atenção e de controle social” gerando especialistas e aumentando a fragmentação intersetorial e interinstitucional. Ceccim (2005a) descreve que a EPS busca mudar o perfil dos trabalhadores de saúde para profissionais que tenham compromisso com um objeto e com a sua transformação e isso acontecerá quando todos os atores forem protagonistas e comprometidos na condução do sistema de saúde.

Comentando sobre a política de EPS, Palhares Guimarães, Haueisen Martin e Paolinelli Rabelo (2010, p.31) definem a EPS como:

[...] a concretização do encontro entre o mundo da formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se congregam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, ou seja, a educação permanente trabalha com as transformações das práticas técnicas e sociais, partindo sempre da realidade em que os sujeitos envolvidos estão inseridos.

Ceccim e Feuerwerker (2004, p.57) acreditam que com a “[...] gestão colegiada como uma roda, os parceiros criam possibilidades à realidade, recriam a realidade e/ou inventam realidades segundo a ética da vida que se anuncia nas bases em que são geradas”.

Ainda, como prática gerencial, a avaliação dos trabalhadores é importante porque segundo Merhy (2007, p.23) a finalidade do trabalho em saúde é “a responsabilidade em operar com saberes tecnológicos, de expressão material e não material, a produção do cuidado individual e/ou coletivo que promete a cura e a saúde”. A finalidade dos trabalhadores de saúde, com seus saberes e fazeres tecnológicos e compromissos com responsabilidade é de produzir o ato do cuidar.

Nesta pesquisa, as avaliações dos trabalhadores são pouco realizadas, e quando são, denotam mais a característica do controle dos gerentes sobre as ações de saúde desenvolvidas pelos profissionais principalmente os ACS,

do que propriamente de avaliar o desempenho dos mesmos. Uma das dificuldades apontada pelos gerentes é a falta de autonomia para realizá-la. Também não há um instrumento específico para realizá-la em muitos MPP que o fazem por meio de reuniões, conversas e observações individuais.

O agir do trabalhador parece estar bem definido, porém Amaral e Campos (2011, p.02) comentam que “a política de pessoal para o SUS é muito restrita, não favorece o trabalho em equipe, e ainda não se desenvolveu uma cultura de avaliação do desempenho, as poucas experiências existentes quase sempre são restritas à produtividade de ações e serviços”.

A avaliação conceituada por Hartz (2009) seguiu vários estágios até a formulação atual e os avaliadores são profissionais que analisam e julgam favorecendo a participação e o debate. Ainda é um desafio no setor saúde a avaliação por si só e por competência definida por Ramos (2009) “como processo pelo qual se compilam evidências de desempenho e conhecimentos de um indivíduo em relação a competências profissionais requeridas” que podem se utilizar de técnicas de perguntas, simulações, provas de habilidades, observação direta para verificar o desempenho.

Importante fonte para o planejamento é o sistema de informação na saúde (SIS) definido pelo MS como “[...] um conjunto de unidades de produção, análise e divulgação de dados que atuam integradas e articuladamente com o propósito de atender às demandas para o qual foi concebido” (BARBOSA; FORSTER, 2010, p. 425). É a arma aliada para que seja produzido meio para geração de informações, e sua ausência implica a restrição de análise dos problemas, visto que dificulta a produção de indicadores de necessidades e cobertura/utilização dos serviços de saúde (PAIM, 2003).

Para verificar se o planejamento e a avaliação foram realizadas pelos gerentes dos MPP pesquisados, foi questionado quais as fontes de informações que subsidiavam neste processo, pois Pinto *et al.* (2010, p.295) afirmam que SIS “é um instrumento importante na gestão, um facilitador para seus agentes conhecerem e intervirem na produção e utilização das informações”.

No presente estudo, supõe-se que o *check list* do instrumento de pesquisa possa ter induzido os participantes a assinalar as fontes de informações, sistemas de informações utilizados para a análise e pactuação das metas junto ao MS. Havia um campo que poderia ser assinalado como “outros” que somente 10

participantes (11,1%) preencheram citando SISVAN, SIG Saúde, programa do leite, SISCOLO, SIOPS, CNES, SISMAMA, relatório próprio da unidade e demanda espontânea. Além disso, houve gerentes que relataram que todos os dados são centralizados impossibilitando o acesso aos mesmos.

Rezende e Guagliardi (2007, p.457, 455) afirmam que “um sistema de informação pode ter efetividade operacional, um grande impacto nas estratégias municipais e no sucesso das prefeituras, beneficiando-as, os munícipes e qualquer indivíduo que interagir com o SIS”. Ainda segundo os autores, isso “exigem das prefeituras planejamento e gestão a curto, médio e longo prazo [...] contribuindo para a gestão municipal e com o desenvolvimento do município.”

Segundo o DATASUS, o SIAB foi desenvolvido como instrumento gerencial dos sistemas locais de saúde e incorporou em sua formulação conceitos como território, problema e responsabilidade sanitária (BRASIL, 2010). Na pesquisa de L. Figueiredo *et al.* (2010), a utilização do SIAB varia de acordo com a formação de cada membro da equipe. Neste estudo, não foi objeto analisar a utilização dos participantes por categoria profissional. No entanto, no estudo acima citado, os ACS utilizavam como instrumento de registro e preenchimento de dados e o profissional de enfermagem como instrumento de análise da situação sócio-sanitária e epidemiológica a fim de diagnóstico e planejamento das ações.

Reafirmam Vidor, Fisher e Bordin (2011) a importância do SIS, não só para apresentar nos relatórios de gestão ou repasse de verbas da União mas principalmente para municípios de pequeno porte para identificar as informações importantes para apoiar no planejamento e tomada de decisões. Nesse estudo realizado em municípios com menos de 10 mil habitantes existem duas realidades de municípios: uns que percebem a alimentação dos sistemas de informação em saúde como tarefa a ser cumprida por ordem dos níveis centrais, e outros municípios que visualizam o potencial desses sistemas, mas têm dificuldades em sua utilização.

No entanto, outro estudo de Barbosa e Forster (2010) que afirmam que a manipulação e preenchimento do SIAB são considerados como fácil tecnologia que não demanda tamanho manejo e habilidade, pois são lançados em formulários impressos. Além disso, Tillvitz *et al.* (2010, p.358-359), no estudo realizado em Londrina (PR), chamam a atenção para que a “prática possibilite ao sistema de informação cumprir suas finalidades [...] é fundamental a compatibilidade

das bases de dados entre os sistemas utilizados[...]”. Relatam as dificuldades dos profissionais de saúde utilizarem este sistema, a falta de preenchimento da ‘Ficha A’ que traz informações do nível menos agregado (micro área) para o mais agregado. Complementam Barbosa e Forster (2010, p.428) a necessidade de que “as informações sejam claras e acessíveis para permitir sua real compreensão por toda a equipe e que seja verídica e fidedigna para proporcionar a viabilidade das ações”.

Como resultado neste estudo, o SIAB foi o sistema de informação mais citado com 65,5% dos participantes até porque muitos enfermeiros que estão gerentes da APS são os mesmos da ESF. Semelhante ao estudo de L. Figueiredo *et al.* (2010, p.421) quando realizaram pesquisa em Ribeirão Preto (SP) com as equipes de SF, identificaram que o SIAB é um instrumento que faz parte do trabalho cotidiano.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante as visitas nos municípios, poucos questionamentos foram feitos em relação ao instrumento de pesquisa, porém as questões abertas que tratavam da prática gerencial foram deixadas em branco por vários participantes. Neste sentido, essa foi uma das limitações deste trabalho.

O estudo realizou uma descrição do perfil dos gerentes nos MPP de três regionais de saúde no norte do Paraná e descreveu as práticas gerenciais executadas pelos mesmos. Vários estudos descrevem estas questões nos municípios médios e grandes, onde a organização do setor da saúde é diferenciada pelo contingente de profissionais que atuam especificamente nesta função, o que não acontece nos MPP onde a escassez de profissionais é visível, sendo que em muitos municípios, quem atua como gerente é o único que conduz todo serviço e as ações de saúde.

Nos resultados quanto ao perfil dos sujeitos do estudo, não se pode negar os avanços no sistema de saúde, principalmente relacionados ao vínculo de contratação que possibilita a fixação dos profissionais de saúde para compor o quadro próprio da saúde. Quanto à qualificação, indicou que os gerentes da APS nos MPP pesquisados não possuem experiência no cargo que ocupam e atuam. Isso pode ser atribuído a pouca experiência profissional e ou a insuficiência na formação específica. Devido à importância da função gerencial, as grandes empresas privadas preparam e formam, durante anos, o profissional para exercer esta função, o que não acontece no setor público. Este trabalho evidencia a necessidade de qualificação do gerente como um desafio a ser enfrentado.

Em relação às atividades gerenciais citadas como importantes, destacou-se a gestão de processo seguida da gestão de pessoas. Quanto à inclusão de outros atores na gestão, é necessária a compreensão, pelos gerentes, da importância da comunidade como parceira no processo. Também, na relação profissional/usuário é incipiente a construção de consensos, mobilização dos recursos para estabelecer uma relação compartilhada.

Outro aspecto importante neste estudo é a necessidade de mudanças na relação profissional/profissional onde a responsabilização pelo processo de trabalho deve ser compartilhada, não só na realização de atividades

técnicas para cumprimento de metas burocráticas, mas para a mudança institucional e satisfação profissional.

As alternativas para os gerentes dos MPP pesquisados para mudar a prática podem ser realizadas a partir de oficinas discutindo novas formas de gerenciamento, o novo perfil gerencial que pressupõe níveis de autonomia na avaliação, programação e operação da unidade; como buscar maior contato com a realidade para identificar problemas estratégicos, estimular a participação dos trabalhadores de saúde e da comunidade no processo gerencial, nas Conferências de Saúde e reuniões do conselho municipal de saúde; como colaborar na formação dos Conselhos Locais de Saúde.

Para a secretaria municipal de saúde dos MPP pesquisados é urgente formalizar o cargo de gerentes nas UBS, estabelecer suas competências e promover discussão sobre o perfil gerencial e seus reflexos no processo de reorientação do modelo de organização e atenção à saúde. Destaca-se aqui a inexistência da função gerente em alguns municípios e a improvisação verificada como sinalizado anteriormente. Necessária também a valorização dos serviços públicos, salários mais justos e condizentes com as responsabilidades exigidas.

Cabe ressaltar a necessidade do nível estadual repensar o seu papel enquanto uma das esferas de governo, numa posição estratégica na organização da gestão que regula, coordena e avalia os serviços e ações de saúde. É necessário que exerça o seu papel de apoio técnico para auxiliar a organização dos seus municípios.

Para divulgar e socializar os resultados desta pesquisa está previsto, no projeto maior, a apresentação na reunião do CGR para os gestores municipais e diretores das três regionais envolvidas, considerando necessários outros estudos que ampliem a análise da gerência nos MPP que representam a realidade de 70,19% dos municípios brasileiros. Para que o SUS seja adequadamente implementado, a gestão deve ser um tema sempre presente nas discussões de todas as esferas de governo, principalmente no nível local porque depende destas instâncias para a mudança do panorama nacional.

Finalizando, esta pesquisa reúne informações relevantes para o conhecimento e análise dos gerentes com suas práticas gerenciais porque é um dos fatores determinantes da eficácia da prestação dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, Naomar. Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil. **The Lancet**, p. 06-07, maio 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revista_the_lancet.pdf>. Acesso em: 27 set. 2011.

AMARAL, Márcia Aparecida; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Organização do trabalho e gestão do cuidado em saúde: uma metodologia de cogestão. In: VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria. **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

ARAUJO, Maria Arlete Duarte. Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 27, n. 3, p. 230-236, mar. 2010.

BARATA, Rita Barradas. Relações de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação?. In: _____. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BARBOSA, Débora Cristina Modesto; FORSTER, Aldaísa Cassanho. Sistemas de informação em saúde: a perspectiva e a avaliação dos profissionais envolvidos na atenção primária à saúde de Ribeirão Preto, São Paulo. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 424-33, jul./set. 2010.

BARBOSA, Pedro Ribeiro. Gestão em saúde: uma abordagem introdutória. In: GONDIM, Roberta (Org.); GRABOIS, Victor (Org.); MENDES, Walter (Org.). **Qualificação de gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2011.

BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. A política de atenção básica do ministério da saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 27-53, mar./jun. 2010.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO-MARTINEZ, Francisco Javier. Modelos avaliativos e reforma sanitária brasileira: enfoque qualitativo-participativo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 566-570, jun. 2010.

BOUFLEUR, Clovis. Fortalecimento dos municípios. **Radis Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n. 97, p. 21. set. 2010. Disponível em: <www.ensp.fiocruz.br/radis>. Acesso em: 15 jan. 2011.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 23 jan. 2010.

_____. Ministério da Saúde/INAMPS. Resolução nº 273, de 17 de julho de 1991. Reedição da Norma Operacional Básica/SUS Nº 01/91 com objetivo de fornecer instruções aos responsáveis pela implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde - SUS, elaborada em conformidade com as Leis nºs 8.080/90 e 8.142/90, bem como com a Portaria MS/GM nº 1.481/90. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 jul. 1991.

_____. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: norma operacional da assistência à saúde: NOAS-SUS 01/02: (Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar). 2. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 175, seção 1, p. 45-110, 12 set. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o pacto pela saúde 2006. Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. p.01-03.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006. Regulamenta as diretrizes operacionais dos pactos pela vida e de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 63, seção 1, p. 01-67, 31 mar. 2006b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: gestão participativa: co-gestão. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 3 de setembro de 2009. Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 183, seção 1, p. 62, 24 set. 2009.

_____. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. **Sistema de planejamento do SUS (PLANEJASUS)**: uma construção coletiva: trajetória e orientações de operacionalização. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política nacional de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério das Cidades. **Plano diretor em municípios de pequeno porte**. Disponível em: <http://portal.cnm.org.br/sites/8800/8875/download/2_dia/PlanoDiretoremMunicipiosdepequenoporte_Modificada.pdf>. Acesso em: 23 maio 2010.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Prefácio. In: LOUREIRO, Maria Rita (Org.); ABRUCIO, Fernando Luiz (Org.); PACHECO, Regina Silvia (Org.). **Burocracia e política no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 2010. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/Works/Prefacesreviews/961.Prefacio_Burocracia_e_Politica_no_Brasil.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2011.

BRÊTAS, Ana Cristina; PEREIRA, Ana Lúcia. Gestão em unidades básicas de saúde. In: SOUZA Maria de Jesus Castro Harada. (org) **Gestão em enfermagem: ferramenta para prática segura**. São Caetano do Sul, SP. Yender Editora, 2011.

BRUNELLO, Maria Eugênia Firmino *et al.*. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 131-135, 2010.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, abr. 2007.

CAMPOS Rosana T. Onocko; CAMPOS Gastão Wagner de Sousa. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S. (Org.) *et al.*. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006.

_____. Gestão em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil (Org.); LIMA, Julio César França (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio: Fiocruz, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/gessau.html>>. Acesso em: 26 ago. 2011.

CARVALHO, Denise Siqueira de *et al.*. Do ideário a vivência de práticas no contexto das fronteiras. In: SOUZA, Maria de Lourdes de *et al.* (Org.). **A saúde e a inclusão social nas fronteiras**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2008.

CASTANHEIRA, Elen Rose L. *et al.*. Avaliação da qualidade da atenção básica em 37 municípios do centro-oeste paulista: características da organização da assistência. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18 (supl. 2), abr./jun. 2009.

CASTRO, Ana Luisa Barros de; MACHADO, Cristiani Vieira. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693-705, abr. 2010.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004/fev. 2005.

_____. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, out./dez. 2005a.

_____. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 09-23, jan./jun. 2008.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, jan./jun. 2004.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. É preciso politizar o SUS: debatadores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p.2276-2278, ago. 2010.

CNM – CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS. **Saúde municipal: orientações para qualificação na gestão**. Brasília: CNM, 2008. v. 7.

COUTINHO, Severino Alves. Perfil, relações e necessidades: uma breve análise sobre as cidades pequenas. **GeoTextos**, v. 7, n. 1, p. 83-104, jul. 2011.

DATASUS – DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **CNES: equipes de saúde**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11676>>. Acesso em: 15 jul. 2010.

_____. **Estatísticas vitais**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/pnvpr.def>>; <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/pinf10pr.def>>. Acesso em: 20 abr. 2011.

DAVINI, Maria Cristina. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política nacional de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

DE LAVOR, Adriano. Entrevista: Gastão Wagner de Sousa Campos: é preciso um novo pacto da sociedade pelo SUS. **Radis Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n. 108, p. 18-21, ago. 2011. Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/108/PDF/radis-108.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2011.

DOURADO, Daniel de Araujo; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, fev. 2011.

ERMEL, Regina Célia *et al.*. Algumas perspectivas para análise da gestão da saúde no estado de São Paulo (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1899-1906, mar. 2011.

FERNANDES, Fernando Manuel Bessa; RIBEIRO, José Mendes; MOREIRA, Marcelo Rasga. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1667-1677, set. 2011.

FERNANDES, Marcelo Costa *et al.*. Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 11-15, jan./fev. 2010.

FIGUEIREDO, Luana Alves de *et al.*. Análise da utilização do SIAB por quatro equipes da estratégia saúde da família do município de Ribeirão Preto, SP. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 418-423, 2010.

FIGUEIREDO, Paulo Pereira *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**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 235-259, 2010.

FIGUEIRÓ, Ana Cláudia; FRIAS, Paulo Germano de; NAVARRO, Leila Monteiro. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO, Isabella *et al* (Org.). **Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, Roseni (Org.); MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe & participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2005.

GARCIA, Ana Claudia Pinheiro. **Gestão do trabalho e da educação na saúde: uma reconstrução histórica e política**. 2010. 169 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

GIL, Célia Regina Rodrigues; MARTIN, Gilberto B.; GUTIERREZ, Paulo Roberto. A organização dos serviços de saúde em Londrina e região: uma experiência concreta no processo de municipalização. In: ANDRADE, Selma Maffei de (Org.); SOARES, Darli Antonio (Org.); CORDONI JUNIOR, Luiz (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Ed.UEL, 2001.

GOMES, Karine de Oliveira *et al.*. Atenção primária à saúde: a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16 (supl. 1), p. 881-892, 2011.

GONDIM, Roberta *et al.*. Organização da atenção. In: GONDIM, Roberta (Org.); GRABOIS, Victor (Org.); MENDES, Walter (Org.). **Qualificação de gestores do SUS**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2011.

GUERREIRO, Jória Viana; BRANCO, Maria Alice Fernandes. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1689-1698, mar. 2011.

GUIZARDI, Francini Lube; CAVALCANTI, Felipe de Oliveira. A gestão em saúde: nexos entre o cotidiano institucional e a participação política no SUS. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 34, p.633-45, jul./set. 2010.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Avaliação em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil (Org.); LIMA, Julio César França (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; Fiocruz, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/avasau.html>>. Acesso em: 21 jan. 2012.

HEINEN, Juliano. A (in)competência da justiça do trabalho para julgar empregados públicos. **Revista Estudos Legislativos**, v. 3, n. 3, p. 185-209, nov. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Cidades**: estimativa de população 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 24 maio 2010.

JUNQUEIRA, Túlio da Silva *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.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. **Ciências & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LOTUFO, Márcia; MIRANDA, Alcides Silva de. Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de saúde. **Revista de Administração Pública - RAP**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 6, p. 1143-63, nov./dez. 2007.

MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; LIMA, Luciana Dias de. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2367-2382, ago. 2010.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. In: GONDIM, Roberta (Org.); GABROIS, Victor (Org.); MENDES, Walter (Org.) **Qualificação de gestores no SUS**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2011.

MARTINS, Poliana Cardoso *et al.*. De quem é o SUS?: sobre as representações sociais dos usuários do programa saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1933-1942, mar. 2011.

MEDEIROS, Cássia Regina Gotler *et al.*. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15 (supl. 1), p. 1521-1531, jun. 2010.

MEDICI, André. Propostas para melhorar a cobertura, a eficiência e a qualidade no setor saúde. In: BACHA, Edmar Lisboa (Org.); SCHWARTZMAN, Simon (Org.). **Brasil: a nova agenda social**. Rio de Janeiro: LTC, 2011.

MELLO JORGE, Maria Helena Prado; LAURENTI, Ruy; GOTLIEB, Léa Davidson. Avaliação dos sistemas de informação em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 07-18, 2010.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de *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.

MERHY, Emerson Elias. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. (Org.) *et al.*. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MIRANDA, Sônia Maria Rezende Camargo de. Gerenciamento da unidade básica de saúde: a experiência do enfermeiro. In: SANTOS, Álvaro da Silva (Org.); MIRANDA, Sônia Maria Rezende Camargo de (Org.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri: Manole, 2007.

MOKATE, Karen; WILNER, Alejandro. O processo de responsabilização na gestão. In: **Gestão para resultados em saúde com enfoque em direito sanitário: curso virtual: módulo IV: unidade 4.5**. 2. ed. Brasília: BID/INDES, 2009.

MOYSÉS FILHO, Jamil *et al.*. **Planejamento e gestão estratégica em organizações de saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2010.

OLIVEIRA, Jarbas Ribeiro de; ROZENDO, Célia Alves. O trabalho da enfermagem na gestão da atenção básica: um relato de experiência. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE, 2., 2009. **Anais...** Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/SENABS/cd_anais/pdf/id1111r0.pdf>. Acesso em: 12 set. 2011.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Declaração de Alma Ata. In: **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**. Alma-Ata, URSS, 6-12 set. 1978.

_____. La función de rectoría en salud y el fortalecimiento institucional de las autoridades sanitarias nacionales y subnacionales In: OPS; OMS. **Salud pública en las Américas**: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington, D.C, OPAS, 2002. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsadi/fulltext/rectoriacap2.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2011.

_____. **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C: OPAS, 2007.

PAIM, Jairnilson Silva. Reorganização das práticas de saúde em DS. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993.

_____. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 557-567, 2003.

PAIM, Jairnilson Silva *et al.*. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, p. 11-31, maio 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revista_the_lancet.pdf>. Acesso em: 14 maio 2011.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmem Fontes de Souza. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12 (supl.), p. 1819-1829, 2007.

PALHARES GUIMARÃES, Eliane Marina; HAUEISEN MARTIN, Sandra; PAOLINELLI RABELO, Flávia Cristina. Educação permanente em saúde: reflexões e desafios. **Ciencia y Enfermería**, Concepción, v. 16, n. 2, ago. 2010.

PARANÁ. Secretaria do Estado da Saúde. Decreto nº 777/2007: anexo. Aprovado o regulamento da Secretaria de Estado da Saúde - SESA. **Diário Oficial**, n. 7467, de 09 maio 2007.

_____. Regionais de Saúde. Disponível no site <http://www.sesa.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2752>. 2012.

PARANÁONLINE. Núcleo Londrina. Rede Amamenta Brasil: Londrina é referência e Portaria do MS implanta no SUS. **Aleitamento.com**, 04 fev. 2011. Disponível em: <<http://www.aleitamento.com/amamentacao/conteudo.asp?cod=367>>. Acesso em: 12 dez. 2011.

PASSOS, Joanir Pereira; CIOSAK, Suely Itsuko. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em unidade básica de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 464-468, dez. 2006.

PEREIRA, Maria José Bistafa *et al.*. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de atenção básica à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 48-55, mar. 2011.

PIMENTA, Aparecida Linhares. **Saúde de Amparo**: a construção de espaços coletivos de gestão. 2006. 284f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2006.

PINTO, Ione Carvalho *et al.*. Os sistemas de informação em atenção primária como instrumento de gestão em saúde: análise de experiências na Espanha. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 291-297, 2010.

PIRES, Luiz Henrique. A descentralização do poder e a regionalização das soluções: instrumentos de promoção do desenvolvimento local/regional. In: DOWBOR, Ladislau (Org.); PCOHMANN, Marcio (Org.). **Políticas para o desenvolvimento local**. São Paulo: Perseu Abramo, 2008.

RAMOS, Marise Nogueira. Avaliação por competências. In: PEREIRA, Isabel Brasil (Org.); LIMA, Julio César França (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio: Fiocruz, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/gessau.html>>. Acesso em: 20 jan. 2012.

REUNIÃO. In: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário eletrônico Aurélio**: mini Aurélio da nova ortografia online. Curitiba: Positivo Informática, 2011.

REZENDE, Denis Alcides; GUAGLIARDI, José Augusto. Alinhamento, contribuições e relações da tecnologia da informação com planos e planejamentos municipais: survey em prefeituras brasileiras. **RAUSP – Revista de Administração**, São Paulo, v. 42, n. 4, p.454-467, out./nov./ dez. 2007.

REZENDE, Luciano dos Santos. O regime de emprego no âmbito da administração pública. **Revista CEJ**, Brasília, ano 14, n. 51, p. 76-84, out./dez. 2010.

RIPSA – REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

RIVERA, Francisco Javier Uribe. Planejamento de saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio Cesar França (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio: Fiocruz, 2009.

ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. **Gestão da saúde no Brasil**: relatório técnico nº 09. São Paulo: Depto Medicina Social, FMRP-USP, fev. 2005.

ROCHA, Juan Stuardo Yazile; CACCIA-BAVA, Maria do Carmo Gullaci Guimarães. A atenção básica na construção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14 (supl. 1), p. 1336-1345, set./out. 2009.

SÁ, Elisete Trovão *et al.*. O processo de trabalho na recepção de uma unidade básica de saúde: ótica do trabalhador. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 461-467, set. 2009.

SANT'ANNA, Cyntia Fontella *et al.*. Comunidade: objetivo coletivo do trabalho das enfermeiras da estratégia saúde da família. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 341-347, 2011.

SANTOS, Karina Tonini dos *et al.*. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do programa saúde da família? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16 (supl. 1), p. 1023-1028, 2011.

SCATENA, João Henrique Gurtier; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 47-74, 2001.

SILVA, Nair Chase da; GARNELO, Luiza; GIOVANELLA, Lígia. Extensão de cobertura ou reorganização da atenção básica?: a trajetória do programa de saúde da família de Manaus-AM. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 592-604, 2010.

SORATTO, Jacks; WITT, Regina Rigatto; FARIA, Eliana Marília. Participação popular e controle social em saúde: desafios da estratégia saúde da família. **Physis**, v. 20, n. 4, p. 1227-1243, 2010.

SOUSA, Maria Fátima de. Introdução. In: SANTOS, Álvaro da Silva; MIRANDA, Sônia Maria Rezende Camargo de (Org.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri: Manole, 2007.

SOUSA, Maria Fátima de; HAMANN, Edgar Merchán. Programa saúde da família no Brasil: uma agenda incompleta?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, (supl. 1), p. 1325-1335, set./out. 2009.

SOUZA, Herbert José de. **Como fazer análise de conjuntura**. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

SOUZA, Moema Amélia Serpa Lopes de. As novas configurações do trabalho em saúde: os indicativos do processo de desregulamentação. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 334-344, ago./dez. 2010.

SOUZA, Renilson Rehem. **O sistema público de saúde brasileiro**. Disponível e,m: <<http://sistema.saude.sp.gov.br/eventos/Palestras/Material%20de%20Apoio/Textos>

%20de%20Referencia/O_Sistema_Publico_de_Saude_Brasileiro.pdf>. Acesso em: 27 set. 2011.

SOUZA, Wladimir Ferreira de; ATHAYDE, Milton. Com quantos gestos se faz uma gestão em saúde?. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, 2011. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/923/933>>. Acesso em: 12 set. 2011.

SPEDO, Sandra Maria; TANAKA, Oswaldo Yoshimi; PINTO, Nicanor Rodrigues da Silva. O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1781-1790, ago. 2009.

SPILLER, Eduardo Santiago et al. **Gestão dos serviços em saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2011.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.

TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18 (supl. 1), p. 153-162, 2002.

TILLVITZ, Luciana Regina *et al.*. Uso do sistema de informações na vigilância dos óbitos pelas equipes de saúde da família em Londrina, PR. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 355-60, jul./set. 2010.

TREVISAN, Leonardo Nelmi; JUNQUEIRA, Luciano Antonio Prates. Construindo o "pacto de gestão" no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 893-902, jul./ago. 2007.

TRINDADE, Letícia de Lima *et al.*. Reflexões acerca do perfil de atendimento na estratégia saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 16, n. 1, p. 162-66, jan./mar. 2011.

UAUY, Ricardo. Impacto da experiência brasileira na América Latina. **The Lancet**, p. 08-10, maio 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revista_the_lancet.pdf>. Acesso em: 14 maio 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO. Instituto de Saúde Coletiva. Núcleo de Desenvolvimento em Saúde. **Curso desenvolvimento gerencial do SUS (CDG-SUS)**. Disponível em: <http://cpd1.ufmt.br/isc2006/pagina/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=20>. Acesso em: 05 mar. 2011.

VANDERLEI, Maria Iêda Gomes; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia saúde da família. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 443-453, mar./apr. 2007.

VICTORA, Cesar G. *et al.*. As condições de saúde e as inovações da política de saúde no Brasil: o caminho a seguir. **The Lancet**, p. 90-102, maio 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revista_the_lancet.pdf>. Acesso em: 14 maio 2011.

VIDOR, Ana Cristina; FISHER, Paul Douglas; BORDIN, Ronaldo. Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 24-30, fev. 2011.

VILASBOAS, Ana Luiza Queiroz; PAIM, Jairnilson Silva. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1239-1250, jun. 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A
Instrumento de Pesquisa

01. Nome do Município: _____

02. Regional de Saúde: _____

03. Número da entrevista: _____

04. Data da entrevista: ____/____/____

05. Unidade de Saúde: _____

06. Nome _____ do _____ Entrevistado:

07. Qual a sua idade? _____

08. Sexo: () Feminino () Masculino

09. Escolaridade

- () Ensino Fundamental (1º grau) incompleto
- () Ensino Fundamental (1º grau) completo
- () Ensino Médio (2º grau) incompleto
- () Ensino Médio (2º grau) completo
- () Superior incompleto
- () Superior completo
- () Pós graduação

10. Se está estudando o curso superior ou se já concluiu, qual o(s) curso(s) de graduação? _____

11. Se tem pós graduação, assinale a área:

() Residência médica,
área: _____

() Residência enfermagem,
área: _____

() Especialização,
área: _____

() Mestrado,
área: _____

() Doutorado,
área: _____

12. A quanto tempo concluiu a formação de maior titulação? _____

13. Tempo de atuação profissional na área _____

14. Tempo que atua na Atenção Básica: _____

15. Tipo de vínculo funcional:

() Funcionário público (estatutário)

() CLT (vínculo com município)

() CLT (vínculo terceirizado com ONG / OSCIP / associação)

() Prestação de serviços (sem contrato formal de trabalho)

() outro _____

16. Carga Horária semanal nesta unidade _____

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

18. Se SIM, especificar

- Função _____

- Instituição _____

- Carga horária semanal _____

- Tipo de vínculo _____

19. Você ingressou neste emprego por meio de:

() Concurso Público/Teste Seletivo

() Indicação

() Entrevista

() Curriculum Vitae

() Outros (especificar): _____

20. Qual a modalidade de contratação nesta equipe?

() Estatuto do Servidor Público

() CLT (Carteira de trabalho – vínculo municipal)

() Contrato Temporário

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

() Prestação de Serviços/Autônomo

() Cooperativa

() Contrato Verbal

() Outros (especificar): _____

21. Qual a sua carga horária semanal contratada: __:__ horas semanais

22. Quantas horas você trabalha por semana nesta unidade? __:__ horas semanais

23. Quanto tempo voce leva para chegar ao trabalho? _____

24. Reside no município que trabalha? () Sim () Não

25. Qual a sua remuneração mensal bruta (considerando o salário mínimo federal de R\$510,00 reais) pelo seu trabalho nesta equipe no último mês? _____

26. Está recebendo seu salário “em dia”? () Sim () Não

27. Além do seu salário, o município lhe paga algum outro valor como incentivo (incentivo PSF, cesta básica, insalubridade, produtividade, etc)? Sim Não Não sei
28. Tem Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) na instituição? Sim Não Não sei
29. Quantos vínculos de trabalhos têm atualmente? 1 2 3 4 ou mais
30. Se mais de um, quais os outros? _____
31. Qual a sua carga horária de trabalho semanal total? _____
32. Você está inserido na Equipe de Saúde da Família? Sim Não
33. Se SIM, quanto tempo? _____
34. Além da função de gerente/coordenador, exerce outra função na UBS? Sim Não
Se sim, qual(is) _____
35. Há quanto tempo atua como gerente/coordenador nesta Unidade de Saúde: _____
36. Como foi a indicação para o cargo de gerente/ coordenador?
 Indicado(a) pelo Secretário / Diretor de Saúde
 Indicado(a) pelos trabalhadores da Unidade.
 De outra maneira _____
37. Já atuou como gerente/coordenador em outra Unidade? Sim Não
38. Se SIM, por quanto tempo? _____
39. Você fez algum curso que o preparou para o desempenho da função gerencial? Sim Não
40. Se SIM,
Curso _____
Instituição _____
41. Você realiza reunião com a equipe da Unidade de Saúde? Sim Não
42. Se SIM,
 participação de todos os trabalhadores participação de representantes
43. Qual a periodicidade? _____

49. Se SIM, como faz?

50. Periodicidade com que realiza a atividade de avaliação desses serviços/ações? _____

51. Quais fontes de informação utiliza para o planejamento e avaliação das ações e serviços?

SIAB SIA SIM SINASC HIPERDIA SISPRENATAL

Relatório e registros próprios da UBS/Prefeitura

Outro: _____

52. Você realiza avaliação dos trabalhadores de saúde da sua equipe de saúde?

Sim Não

53. Se SIM, como faz?

54. Quem participa?

55. Qual a periodicidade? _____

56. Realiza ações de Educação Permanente com os trabalhadores da UBS?

Sim Não

Se SIM, descreva uma atividade desenvolvida?

57. Reunião com a comunidade () Sim () Não

58. Se SIM, qual o objetivo da reunião?

59. Qual a periodicidade? _____

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PESQUISA “Gestão do Processo de Trabalho na Rede de Atenção Básica de Saúde em Municípios de Pequeno Porte da Região Norte do Paraná”

Você está sendo convidado a participar como voluntário em uma pesquisa sobre a “Gestão do Processo de Trabalho na Rede de Atenção Básica de Saúde em Municípios de Pequeno Porte da Região Norte do Paraná”, que tem como objetivo Analisar a gestão do trabalho na rede de atenção básica do SUS em municípios de pequeno porte da região norte do Estado do Paraná. Trata-se de um estudo investigativo e é referente a projeto de pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (UEL). No caso de aceitar fazer parte da mesma, você deverá responder a um questionário/e ou grupo focal, que não terá sua identificação, e não lhe trará qualquer custo financeiro.

Sua participação será de grande valor para melhor entendimento do perfil e das condições de trabalho dos profissionais das Equipes de Saúde da Família. Gostaríamos de acrescentar que você terá todas as suas dúvidas esclarecidas, bem como o sigilo das informações garantido e que também poderá desistir de participar da pesquisa no momento que ler o questionário e se sentir constrangido com alguma de suas questões. As conclusões que resultarão desta pesquisa serão apresentadas em instancias públicas como congressos, periódicos e afins garantindo o anonimato dos entrevistados. Em caso de dúvidas, você poderá esclarecê-las com as entrevistadoras nos telefones (43) 33712398, docente Elisabete de Fátima Pólo de Almeida Nunes, em horário comercial, ou contatar com o Comitê de Ética em Pesquisa através do telefone (43)3371-2490, às quintas feiras, no período matutino. Você tem a liberdade de aceitar ou não responder ao questionário ou a quaisquer questões que lhe constranjam.

Eu _____ de
claro que, após conveniente esclarecimento pelas pesquisadoras responsáveis e de ter compreendido com clareza suas finalidades, procedimentos metodológicos e o destino final das informações recolhidas, consinto em participar livremente do estudo a que se refere este consentimento informado.

_____, _____, _____ de 2009.

Enf. Dr^a Elisabete Fátima Polo Almeida Nunes

Pesquisado

APÊNDICE C

Termo de Autorização Institucional

Autorização para coleta de dados

Londrina, 02 de julho de 2010.

Ilmo(a) Sr.(ª)

Secretario(a) Municipal de Saúde de _____

Prezado(a) Senhor(a):

Estamos realizando uma pesquisa intitulada: **Gestão do Processo de Trabalho na Rede de Atenção Básica de Saúde em Municípios de Pequeno Porte da Região Norte do Paraná**. Esta pesquisa conta com a participação de docentes e alunos de graduação e pós-graduação da Universidade Estadual de Londrina e de profissionais de 16ª, 17ª e 18ª Regionais de Saúde, e foi aprovada e financiada pela Fundação Araucária.

O objetivo desse estudo é o de analisar a gestão do trabalho na rede de atenção básica do SUS em municípios de pequeno porte da Região Norte do Estado do Paraná e oportunizará compreender as fragilidades deste processo, bem como contribuir para o desenvolvimento de tecnologias de gestão em saúde.

Para tanto, solicitamos a autorização de V.Sª., para coletar os dados junto aos profissionais que compõe as equipes de saúde de seu município.

Atenciosamente

Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes

Coordenadora da Pesquisa

Ciente e de acordo:

Secretario(a) Municipal de Saúde de _____

Data: ____/____/____.

ANEXOS

ANEXO A

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná
Registro CONEP 268

Parecer PF N° 232/09 CAAE N° 4255.0.000.268-09 FOLHA DE ROSTO N° 294977	Londrina, 09 de fevereiro de 2010.
PESQUISADORA: ELISABETE DE FÁTIMA PÓLO DE ALMEIDA NUNES CCS/NESCO	
<p>Prezada Senhora:</p> <p style="text-align: center;">O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná" (Registro CONEP 268)– de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:</p> <p style="text-align: center;">“GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DA REGIÃO NORTE DO PARANÁ”</p>	
<p>Situação do Projeto: APROVADO</p> <p>Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UJEL relatório final da pesquisa.</p>	
<p>Atenciosamente,</p> <p><i>Ester M. O. Dalla Costa</i></p> <p>Prof.ª. Dra. Ester M. O. Dalla Costa Coordenadora Comitê de Ética em Pesquisa-CEP/UJEL</p>	

ANEXO B

Relação dos MPP das Regionais de Saúde de Apucarana, Londrina e Cornélio Procópio, Estado do Paraná, 2011

16ª RS - Apucarana	17ª RS - Londrina	18ª RS - Cornélio Procópio
Bom Sucesso	Alvorada do Sul	Abatiá
Borrazópolis	Assaí	Congonhinhas
Califórnia	Bela Vista do Paraíso	Itambaracá
Cambira	Cafeara	Leópolis
Faxinal	Centenário do Sul	Nova América da Colina
Grandes Rios	Florestópolis	Nova Fátima
Jandáia da Sul	Guaraci	Nova Santa Bárbara
Kaloré	Jaguapitã	Rancho Alegre
Marilândia do Sul	Jataizinho	Ribeirão do Pinhal
Marumbi	Lupionópolis	Santa Amélia
Mauá da Serra	Miraselva	Santa Cecília do Pavão
Novo Itacolomi	Pitangueiras	Santa Mariana
Rio Bom	Porecatu	Santo Antônio do Paraíso
Sabáudia	Prado Ferreira	São Jerônimo da Serra
São Pedro do Ivaí	Primeiro de Maio	São Sebastião da Amoreira
	Sertanópolis	Sapopema
	Tamarana	Sertaneja
		Uraí