



Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia
Graduação em Saúde Coletiva

**Competências e Habilidades para a Gerência da Atenção Primária à Saúde:
uma proposta orientada pela legislação**

DANIELA MOREIRA DE ASSIS

Orientadora: Prof^a Ms. Carla Pintas Marques

Brasília, 2016



Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia
Graduação em Saúde Coletiva

**Competências e Habilidades para a Gerência da Atenção Primária à Saúde:
uma proposta orientada pela legislação**

Daniela Moreira de Assis

Orientadora: Prof^a Ms. Carla Pintas Marques

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia,
como requisito obrigatório para a obtenção do
Grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Brasília, 2016



Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia
Graduação em Saúde Coletiva

**Competências e Habilidades para a Gerência da Atenção Primária à Saúde:
uma proposta orientada pela legislação**

Daniela Moreira de Assis

Aprovado por:

Professora Orientadora: Prof. Ms. Carla Pintas Marques

Professora Dra. Diane Maria S. K. Lago

Professora Dra. Janaína Meirelles Sousa

Brasília, 2016

Às pessoas que mostram diariamente que com amor e respeito, o sucesso é mera consequência. À quem é espelho de determinação e conquista, é exemplo e base de confiança e acalento. Aos meus pais Samuel e Aucirene, e à minha irmã Gabriela.

Agradecimentos

Aprendi durante os anos, que os sentimentos mais nobres além do amor e o respeito, são a gratidão e a compaixão. Diante desse ciclo que se encerra, sinto uma extrema necessidade de ser grata a quem se compadeceu, para comigo e para com a minha trajetória, aos meus sofrimentos e vitórias.

Gratidão primeiramente à Deus, por ter me concedido o dom da vida, por sua generosidade em me deixar recomeçar todos os dias. Pelas oportunidades de me fazer vitoriosa, e por me agraciar com uma família tão incrível e abençoada, que certamente, são a melhor parte de mim.

Gratidão aos meus pais, Aucirene Mesquita e Samuel Eduardo, por serem os melhores exemplos, o alicerce imprescindível para que eu pudesse crescer. Por se esforçarem, sacrificarem, abdicarem de seus projetos, e contribuírem diariamente muito mais do que para minha formação profissional, mas para a minha formação humana, minha personalidade; dentre os milhares de motivos, serei grata até o resto dos meus dias. Obrigada por serem sensíveis e duros quando necessário. Pelo apoio, o amor incondicional, além da vida.

Gratidão à minha irmã Gabriela Moreira, por ser reflexo de determinação e disciplina. Por me mostrar tão de perto, que quem acredita e batalha, realmente alcança. Por ser tão madura, quando preciso, e tão criança, nos nossos momentos mais bobos de descontração. Obrigada pelos seus sorrisos, que diante da jornada dura, se tornaram acalento ao meu coração.

Gratidão ao meu namorado Guilherme Torres, por todo amor e cuidado. Por aprender junto comigo, diante das responsabilidades e rotina diária. Por partilhar uma vida, sejam suas vitórias ou fraquezas.

Gratidão à minha professora Orientadora Ms. Carla Pintas, pela acolhida e disposição, pela decisão em dividir comigo um pouquinho de todo vasto conhecimento que possui. Mas principalmente, por me permitir vislumbrar um horizonte muito maior, devido ao encorajamento, confiança e carinho depositado.

Gratidão aos meus amigos, em especial Magda Machado e Giovanni Júnior, por dividirem comigo essa experiência acadêmica, além dos anseios e conquistas pessoais. Agradeço as partilhas, o amadurecimento e crescimento coletivo, o

acolhimento em suas vidas pessoais; e que o futuro permita que alcancemos todos os nossos sonhos.

Gratidão aos meus avós, que tão entusiasmados desde a minha aprovação, e orgulhosos, contribuíram e me encheram de amor, carinho e confiança. E que são exemplos de vida e de superação.

Gratidão à Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia, por ser o espaço que tanto amadureci, de realização de sonhos, e construção de outros muito maiores.

Muito Obrigada!

“Se temos de esperar, que seja para colher a semente boa que lançamos hoje no solo da vida. Se for para semear, então que seja para produzir milhões de sorrisos, de solidariedade e amizade”.

Cora Coralina

Resumo

Introdução: A saúde é direito de todos os indivíduos, garantido pela Constituição Federal, e a Atenção Primária à Saúde é desenvolvida conforme os fundamentos e princípios do SUS, é o nível primário, a porta de entrada para o serviço e deve atender as necessidades de saúde. A gerência é responsável pela condução e direção dos serviços do SUS e de seus profissionais. Para um gerente executar suas funções de modo eficaz, deve apresentar um conjunto de competências básicas. São inúmeras as dificuldades para o desenvolvimento efetivo das ações de saúde e a prestação de serviços na APS para a população. Um dos fatores determinantes é a gerência, devido a mudança e a necessidade de um novo modelo de gestão, que seja capaz de influenciar e gerir o novo modo de se fazer saúde principalmente na APS. **Objetivos:** Elaborar uma proposta matriz de competências e habilidades necessárias a um gerente na Atenção Primária à Saúde, considerando a organização dos serviços de Atenção Primária em Saúde. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo exploratório, acrescido de análise documental. **Resultados:** As competências e habilidades para a gerência da APS, sugeridas são: Liderança, Gestão de pessoas, Capacitação continuada, Comunicação, Intersetorialidade, Gestão participativa, Conselho de Saúde, Administração e gerenciamento. **Considerações finais:** O gerente precisa de um perfil fundamentado em conhecimentos e habilidades para modificar, transcender e tornar as organizações de saúde mais resolutivas, ser um agente potencializador. Daí a importância de se estabelecer e de se desenvolver tais competências para uma adequada e eficaz gerência da Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; competência; habilidade; gerência.

Abstract

Introduction: Health is a right of every individual, guaranteed by the Constitution, and primary health care is developed as the foundations and principles of the Unified Health System, is the primary level, the gateway to the service, and should meet the needs of health. Management is responsible for the conduct and administration of the public health and its professionals. To a manager perform its functions effectively, it must have a set of basic skills. There are numerous difficulties for the effective development of health actions and the provision of services in the APS for the population. One of the determining factors is the management, due to the change and the need for a new administration model, which is able to influence and manage the new way to do health mainly in Primary health. **Objectives:** Developing a proposal array of skills and abilities that are necessary for a manager in Primary Health Care, considering the organization of primary care services in Health. **Method:** This is an exploratory descriptive study, plus documentary analysis. Results: The skills and abilities for management of APS, suggested are: Leadership, People Management, Continuing Training, Communication, Intersectorality, Participatory management, Health Council, Administration and Management. **Concluding remarks:** The manager needs a profile based on knowledge and skills to modify, to transcend and make more resolute health organizations, be a potentiating agent. Hence the importance of establishing and developing such skills for proper and effective management of the Primary Health Care.

Keywords: Primary health care; competence; ability; management

Sumário

1. Introdução.....	11
2. Objetivos	14
2.1 Objetivo Geral.....	14
2.2 Objetivos Específicos.....	14
3. Marco Teórico 	15
3.1 A organização dos serviços de saúde da Atenção Primária em Saúde no Brasil.....	15
3.2 Organização e Gestão da Saúde.....	18
3.3 Habilidades e Competências para a gestão da APS.....	22
4. Metodologia 	24
5. Resultados e Discussão.....	26
6. Considerações Finais 	35
7. Referências Bibliográficas 	37

1. Introdução

O artigo 196 da Constituição Federal cita que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido, mediante políticas sociais e econômicas que tenha como objetivo a redução do risco de doença e de outros agravos, além do acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CF, 1988).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, a Atenção Básica é baseada, isto é, orientada pelos princípios dos SUS. É um nível de atenção que deve garantir ao usuário a universalidade, a integralidade e a participação popular (BRASIL, 2011).

Faremos referência neste estudo ao termo Atenção Primária em Saúde (APS), adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), esta que configura a APS como o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde e leva, na medida do possível, a atenção da saúde aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham. Constitui o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária (OMS, 1978); vale ressaltar que o termo Atenção Básica foi o escolhido pelo Ministério da Saúde segundo a PNAB.

A APS, então, caracteriza-se como um nível primário, esta que se articulará com os demais serviços de saúde de maior complexidade assistencial. A abrangência da APS provê ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, de acordo com o perfil epidemiológico e necessidades apresentadas em um dado território (LEVCOVITZ & GARRIDO, 1996).

Uma APS relevante dispõe de uma gestão participativa, quer dizer, a qual há participação social nas políticas públicas e na criação de espaços onde serão construídas proposições coletivas, conforme as demandas da sociedade, visando operacionalizar da melhor forma possível os sistemas de saúde, visto que a APS, possui como estratégia integrar todos os aspectos dos serviços de saúde. Os profissionais de saúde devem ser capazes de desempenhar um papel de gerente nos serviços de saúde, dentro de uma perspectiva participativa, onde o objetivo é alcançado pelo esforço coletivo e não pela união de esforços individuais (TREVIZAN et al, 1998; MACHADO, 2000).

A implantação da descentralização administrativa diante dos sistemas públicos de saúde, tem encontrado dificuldades diversas, devido à falta de preparo técnico e econômico das gerências (FRACOLLI, 2001).

O maior desafio talvez esteja na dificuldade da construção de uma integralidade das gerências, articulação das práticas, atenção de qualidade e visando às demandas sociais, seja em âmbito individual ou coletivo; além de coletivizar o trabalho, gerir serviços de saúde dividindo responsabilidades e estabelecer estratégias.

A gerência é responsável pela administração de uma unidade ou órgão de saúde, que se caracterizam como prestadores de serviços do SUS; Já a gestão, tem como papel a atividade e a responsabilidade de conduzir um sistema de saúde desempenhando as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

O gerente tem como atividade precípua a organização da produção de bens e serviços de saúde ao indivíduo ou à coletividade (PASSOS, CIOSEK, 2006). As organizações de saúde são complexas, e receberam grande influência do modelo burocrático, visto isso, um gerente deve apresentar peculiaridades em suas competências e habilidades.

Torna-se então imprescindível, um grupo de conhecimentos e capacidades ao que concerne o ofício da gerência. Estes que beneficiarão a definição dos métodos e processos, além de especializações adequadas para o desenvolvimento de tais aptidões.

A capacidade de gerenciar uma equipe de saúde e atender as perspectivas dos usuários requer um profissional equilibrado, que consiga superar as limitações que o serviço apresenta e que, além de prestar assistência baseada nos princípios do SUS, consiga lidar com o déficit de pessoal, de materiais, de recursos, bem como com a demanda cada vez maior de usuários. Além disso, o profissional atuante na gerência de serviços de saúde precisa ter competência para trabalhar os relacionamentos interpessoais no interior das organizações, minimizando os conflitos existentes.

A competência e habilidade no processo de gerência, a determinação no alcance de metas e objetivos, personalidade e habilidade com pessoas são

características determinantes para a resolutividade das ações, motivação da equipe e satisfação do usuário (FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009).

Segundo Boog (2002), a definição de competência pode ser crida como um complexo de especialidades e particularidades intuídas em pessoas que envolvem os conhecimentos, as habilidades e as atitudes que as induzem a uma performance eficiente e elevada.

Os elementos indispensáveis às competências abrangem o conhecimento, o "saber" adquirido; as atitudes, que são unidas à personalidade; e as habilidades, o "saber fazer", ou seja, a execução do saber na própria prática, deste modo a competência de movimentar recursos (PERRENOUD, 1996).

A ideia do estudo baseia-se na ausência de descrição de tais competências na Política Nacional de Atenção Básica e no despreparo da gerência diante dos Cenários das Práticas, ocasionando uma desordem no serviço. Acredita-se que para toda função. E no caso, a gerência, existem competências básicas que devem ser executadas, acrescidas de habilidades e aptidões. Por isso, com orientação da legislação, surge a proposta matriz das competências e habilidades para a Gerência da Atenção Primária a Saúde.

2. Objetivos

2.1 Objetivo Geral

- Elaborar uma proposta de competências e habilidades necessárias a um gerente na Atenção Primária à Saúde.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as atribuições dos gerentes segundo as Normas Operacionais Básicas, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde e a Política Nacional de Atenção Básica.

3. Referencial Teórico

3.1 A organização dos serviços de saúde da Atenção Primária em Saúde no Brasil

A Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), caracteriza a APS como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2011).

A PNAB define a APS como um conjunto de ações de saúde, individuais e coletivas, abrangendo promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos e outros, sendo desenvolvidos por meio de práticas participativas em territórios bem delimitados, utilizando tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, sendo o contato preferencial dos usuários (BRASIL, 2011).

A organização da APS, com base na Lei nº 8080/90, tem como fundamento os princípios do SUS, a Saúde como direito, Integralidade da assistência, Universalidade, Equidade, Resolutividade, Intersetorialidade, Humanização do atendimento e a Participação Social (BRASIL, 1990).

A APS além de ser a porta de entrada do sistema é uma forma de organização dos serviços de saúde, isto é, uma estratégia de integração entre todos os aspectos desses serviços, ao passo que tem como perspectiva as necessidades em saúde, seja do indivíduo, seja da população (LEVCOVITZ & GARRIDO, 1996).

A PNAB preconiza os princípios dos SUS, estes que serão a base também da Atenção Primária. É considerada um nível de atenção que deve garantir ao usuário a universalidade, a integralidade e a participação popular (BRASIL, 2011).

Segundo Giovanella e Mendonça (2008), a APS refere-se a um conjunto de práticas em saúde, individuais e coletivas que são consideradas a base para um sistema de saúde que tenha como centro o usuário.

Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) estão os serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde – organizado hierarquicamente. Este nível se direciona ao atendimento das condições mais comuns de saúde, tendo concepções abrangentes e preconizando a intersetorialidade de modo a promover o

desenvolvimento social e enfrentar os determinantes e condicionantes de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Segundo a PNAB de 2011 a APS é desenvolvida pelas equipes dos Centros de Saúde, das Unidades Básicas de Saúde, Estratégia Saúde da Família (ESF), pelos Núcleos de Apoio às equipes de Saúde da Família (NASF), e pelas equipes dos Consultórios na Rua. São indispensáveis ao cumprimento das ações de atenção básica:

- Centro de Saúde / Unidade Básica de Saúde

Consoante a PNAB, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são “instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem; desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade” (BRASIL, 2011).

É na UBS que será desenvolvida uma APS com elevada condição de descentralização e intensa capilaridade no território; exerce uma função fundamental no direito e proteção à população ao alcance de uma atenção à saúde satisfatória (BRASIL, 2011).

- Estratégia Saúde da Família

Segundo a PNAB, é uma tática de ampliação, qualificação e concretização da atenção básica por beneficiar uma reorganização do processo de trabalho com o objetivo de enraizar e dedicar-se aos princípios, diretrizes e fundamentos da APS, além de expandir a resolutividade e o impacto na situação de saúde individual e das coletividades, e mais, de possibilitar uma notável relação custo-efetividade (BRASIL, 2011).

Considerada como uma estratégia de transformação da forma tradicional do fornecimento de assistência baseado na integralidade, com foco na promoção da saúde e o usuário integrado a família, ao domicílio e a comunidade; por isso é de suma importância à vinculação dos profissionais da equipe com a comunidade (BRASIL, 2011).

- Núcleo de Apoio às equipes de Saúde da Família (NASF)

O Núcleo de Apoio às equipes de Saúde da Família, foi criado com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da APS, bem como sua resolubilidade; apesar de fazer parte da APS, não se constituem como serviços com unidades físicas e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (BRASIL, 2011).

A Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, (republicada em 04 de Março de 2008) define que o NASF, deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em parceria com os profissionais das ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF no qual o NASF está cadastrado (BRASIL, 2008).

- Consultórios na rua

A PNAB descreve o consultório na rua como uma estratégia que deseja a ampliação da entrada e acesso da população de rua aos serviços de saúde, proporcionando mais adequadamente, a atenção integral à saúde para esse grupo populacional, considerado vulnerável e que muitas vezes seus vínculos familiares são intermitentes e/ou instáveis (BRASIL, 2011).

As equipes devem desenvolver ações na rua, de maneira itinerante. Possuem vínculo ao NASF, porém há certos limites, visto que cada equipe do consultório na rua será considerada como uma equipe de saúde da família para a vinculação com o NASF (SILVA, 2014).

Mendes (1999) identifica três compreensões essenciais e básicas para a APS, inicialmente, como uma atenção primária seletiva, visto que é destinada à populações e regiões onde a concentração de renda é mais baixa; como nível primário dos serviços de saúde, ao passo que se torna o primeiro nível de atenção do sistema de saúde; e como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde, à medida que se conduz como uma forma de organização de todo o sistema de serviço de saúde.

É indiscutível a relevância e valia da APS para o SUS, uma vez que surge, e mais, é sistematizada para que seja desenvolvida uma melhor coordenação e organização dos serviços de saúde e para unificar os aspectos desses serviços, aspirando de maneira primordial as demandas da população; a APS é vista então,

como personagem principal do modelo e base estruturante dos sistemas de saúde, SUS (MENDES, 2002).

3.2 Organização e Gestão da Saúde

O processo de implantação, no Brasil, do SUS cujas diretrizes de descentralização e regionalização, e princípios de integralidade, equidade e resolutividade, suscitaram demandas gerenciais diversas, determinando alterações na organização e gestão do trabalho para sua concretização (FRACOLLI, 2001).

Torna-se necessário um grupo de instrumentos técnicos para a execução da gerência, como planejamento, dimensionamento de pessoal, educação continuada e/ou permanente, supervisão, avaliação de desempenho, força de trabalho, materiais, equipamentos e instalações, além dos diversos conhecimentos administrativos (KURCGANT, 2014).

O setor saúde sofre influência da Teoria Clássica da Administração, em que a organização está submissa e dependente de um planejamento, direção, coordenação e controle, e está sujeita a funcionar como uma máquina, ao passo que se realiza uma articulação adequada entre as peças (MORGAN; BERGAMINI; CODA, 1996)

Modelo desaúde centrado na organização, visto que suas unidades de trabalho são verticalizadas, o trabalho é parcelado e dividido por função. Por isso a organização do trabalho e o gerenciamento no setor saúde. As organizações de saúde são estruturadas em instituições complexas, as quais estão presentes projetos políticos bastante distintos entre si, estes que causam influência direta na gestão e na própria organização do trabalho sofre grande influência de Taylor, Fayol e Ford (MATOS; PIRES, 2006).

O modelo taylorista e burocrático, que circunda todos os setores da saúde, têm como base a centralização, a hierarquia e o controle do trabalho, por meio de regulamentos, normas e padrões de comportamento. No entanto, o desempenho administrativo é admitido por gerências que, em sua maioria, favorecem normas, rotinas e procedimentos à demanda do usuário (PAIVA et al, 2010).

Segundo Kurcgant (2014), a gerência pode ser compreendida em dois modelos, o modelo racional e o modelo histórico-social. O modelo racional, surge com o foco no indivíduo e nas organizações, e mais, na prática do gerenciamento

O modelo histórico-social apresenta uma abordagem nas práticas sociais, isto é, o gerenciamento é desenvolvido diante da perspectiva das práticas de saúde. A gerência não está direcionada somente para a organização e controle dos processos, mas para a percepção e satisfação das demandas de saúde da população (KURCGANT, 2014).

Campos (1994) afirma que a gerência é um instrumento importante para a concretização de políticas, visto que é ao mesmo tempo “condicionante do” e “condicionada pelo” modo que se organiza os serviços de saúde. Se torna produto e criadora no mesmo contexto.

A Portaria nº 2.203, de 5 de Novembro de 1996, responsável por aprovar o aperfeiçoamento da Norma Operacional Básica (NOB) 96 do SUS, define gerência como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema (BRASIL, 1996).

E gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (BRASIL, 1996).

Segundo a NOB 96, o Estado diante da caracterização da função estratégica, tem funções importantes como, exercer a gestão do SUS, promover as condições e incentivo do poder municipal para que assuma a gestão da atenção à saúde de seus municípios, atenção essa integral; apropriar-se, em caráter transitório, a gestão da atenção à saúde daquelas populações pertencentes a municípios que ainda não tomaram para si esta responsabilidade; e por fim, promover a harmonização, da integração e da modernização dos sistemas municipais, compondo, assim, o SUS-Estadual (BRASIL, 1996).

O desempenho do gestor, acontece perante a união de sistemas de apoio logístico e a atuação estratégica, que compreende responsabilidades caracterizadas como, informação informatizada; financiamento; programação, acompanhamento, controle e avaliação; apropriação de custos e avaliação econômica;

desenvolvimento de recursos humanos; desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias; e comunicação social e educação em saúde (BRASIL, 1996).

Por conseguinte, no que refere ao gestor federal, são identificados quatro papéis básicos: 1) exercer a gestão do SUS, no âmbito nacional; 2) promover as condições e incentivar o gestor estadual com vistas ao desenvolvimento dos sistemas municipais, de modo a conformar o SUS-Estadual; 3) fomentar a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas estaduais compondo, assim, o SUS-Nacional; 4) exercer as funções de normalização e de coordenação no que se refere à gestão nacional do SUS (BRASIL, 1996).

O exercício das funções do gestor federal, é desenvolvido da mesma maneira ao que ocorre no âmbito estadual, com a configuração de sistemas de apoio logístico e de atuação estratégica, com maior eficiência e qualidade (BRASIL, 1997).

Hausmann (2006), acredita que existem quatro dimensões singulares ao processo gerencial; a técnica, a política, a comunicativa e de desenvolvimento de cidadania.

A dimensão técnica compreende as ferramentas e conhecimentos indispensáveis à efetivação de um determinado projeto assistencial, são essas, planejamento, coordenação, supervisão, controle e avaliação. A dimensão política corresponde ao trabalho gerencial em questão ao projeto que se indica a executar levando em conta as questões relacionadas ao usuário e às instituições de saúde. A dimensão comunicativa concerne à negociação e às relações de trabalho da equipe de saúde visando à cooperação para se chegar a um objetivo comum. A dimensão desenvolvimento da cidadania é imprescindível para a afirmação de uma afinidade dialógica que mediará teoria e prática, visando à construção de vínculo entre os agentes no processo de trabalho e os usuários do serviço de saúde (HAUSMANN, 2006).

De acordo com as Normas de Assistência à Saúde de 2001, as atribuições de controle e avaliação necessitam ser conexas as ações de planejamento, programação e alocação de recursos em saúde, haja vista sua relevância para a análise de prioridades e diretrizes, cooperando para a obtenção de resultados mais efetivos em relação ao impacto na saúde da população (BRASIL, 2001).

Essa possível efetividade no serviço pode ser atrelada a função de acompanhamento e de avaliação sistemática das ações implementadas, que visa à readequação do processo de trabalho (BRASIL, 2011).

Perspectiva essa que pode ser definida por meio da dimensão técnica, cujo foco está direcionando a fatores mais gerais e do próprio trabalho, como planejamento, coordenação, supervisão, controle e avaliação, ainda que dirigido a recursos humanos, ou a recursos materiais e físicos (MISHIMA, 1995).

A consolidação das atribuições de controle e avaliação dos gestores do SUS precisa desenvolver-se fundamentalmente, na avaliação da organização do sistema e do modelo de gestão; na relação com os prestadores de serviços; na qualidade da assistência e na satisfação dos usuários; e nos resultados e impacto sobre a saúde da população (BRASIL, 2001).

Por isso, a necessidade da garantia da atenção à saúde com foco na integralidade, e mais, por esta razão é fundamental realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local (BRASIL, 2011).

Por essa razão, surge a dimensão de desenvolvimento da cidadania, que pressupõe a gerência como uma prática que integra uma e está contida numa concepção de autonomia dos sujeitos sociais, quer sejam elementos participantes do processo de trabalho, ou os clientes que desfruta dos serviços de saúde (KURCGANT, 2014).

Há uma necessidade de avaliação do funcionamento do SUS, quanto ao desempenho nos processos de gestão, formas de organização e modelo de atenção, ao passo que o fundamento principal é a promoção da equidade no acesso e na alocação dos recursos, e como instrumento básico para o acompanhamento e avaliação dos sistemas de saúde o Relatório de Gestão (BRASIL, 2001).

Destarte, a gestão e a organização da atenção podem ser potencializadas diante da promoção da mobilização e da participação da comunidade, buscando efetivar o controle social, além da identificação de parceiros e recursos na comunidade que possam intensificar ações intersetoriais (BRASIL, 2011).

Daí a dimensão política, esta que articula o processo de gerenciamento, ou seja, o projeto a se desenvolver com o que é necessário para empreender. Implica

na articulação e no diálogo entre determinações externas, objetivos e meios (MISHIMA, 1995).

A avaliação da qualidade da atenção pelos gestores necessita abranger tanto a prática de indicadores objetivos fundamentados em critérios técnicos, como a adoção de instrumentos de avaliação da satisfação dos usuários do sistema, que considerem a acessibilidade, a integralidade da atenção, a resolubilidade e qualidade dos serviços prestados (BRASIL, 2001).

Ao partir desse objetivo, a habilidade de contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe, além de realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, por meio da utilização dos dados disponíveis, desperta como competência básica (BRASIL, 2011).

Dado isso, encontra-se a dimensão comunicativa, ao passo que se refere a negociação e desenvolvimento perante as relações das equipes de trabalho na própria equipe de saúde, ou em relação a unidade com a própria comunidade, visando um acordo e plano de trabalho para alcançar o objetivo expresso (MISHIMA, 1995).

3.3 Habilidades e Competências para a gestão da APS

No quesito saúde, Nascimento e Oliveira (2010), dizem que o desdobramento das competências surge como uma probabilidade inovadora, diante da formação dos profissionais da área, ao passo que incentiva a reflexão crítica, mas também responde às exigências atribuídas pelo atual panorama de transformações sociais, além de favorecer o desenvolvimento da cidadania.

Conforme Junqueira (1992) os conhecimentos e habilidades requeridos pelo profissional que vai assumir ou que já assume a função de gestão ou gerência serão perpassados pelas dimensões técnica, administrativa, política, ética e psicossocial; além de todas as competências as quais serão requeridas e que necessariamente serão colocadas em prática, durante a execução do trabalho.

Segundo Sousa (2015), a habilidade diz respeito ao saber fazer, que transcende o tradicional estágio de treinamento operacional para o desenvolvimento de automatismos para a realização da ação motora.

Ramos (2009) expõe uma significação habitualmente empregada que analisa competência como o conjunto de conhecimentos, qualidades, capacidades e aptidões que habilitam o sujeito para a discussão, a consulta, a decisão de tudo o que concerne a um ofício, supondo conhecimentos teóricos fundamentados, acompanhados das qualidades e da capacidade que permitem executar as decisões sugeridas.

A definição de competência profissional necessita beneficiar a apreciação dos métodos e processos nos serviços de saúde, a reordenação da relação trabalho e formação, assinalando novas formas de educar os profissionais (SOUSA, 2015).

O que se deseja da APS, é que o gerenciamento de saúde deve ser desenvolvido por profissional competente, capaz de liderar e agregar valor aumentando o potencial de sua equipe e conjugando esforços para utilizar recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos de modo a aumentar a resolutividade do serviço na área de abrangência, em conformidade com o modelo assistencial pautado na epidemiologia social (HOLANDA et al, 2014).

Tendo em vista que nas organizações de saúde, os profissionais juntamente com os gerentes carecem e galgam na busca da qualidade na execução e no processo de saúde, com a compreensão de saúde como um direito social. Têm-se o entendimento de que há a indispensabilidade da composição de um padrão gerencial à saúde, que seja hábil, eficaz e suficiente em torno da contribuição à base do processo por meio de práticas de gestão, sustentáveis e operacionais, mas que favoreça e priorize o coletivo e o trabalho participativo (VECINA NETO; MALIK, 2011).

4. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratória, pois instituirão critérios, métodos e técnicas para a elaboração da pesquisa, de modo que visa oferecer informações sobre o objeto dessa e orientar a formulação de hipóteses e/ou propostas. Tem por objetivo explicar e conceder conhecimento necessário e possível de uma situação e/ou problema. Geralmente, nesse tipo de pesquisa, o pesquisador procura um conhecimento amplo a respeito do tema em questão (GIL, 2006).

O estudo tem uma análise descritiva. De acordo com Marconi e Lakatos (2010), o estudo descritivo-exploratório visa à aproximação e familiaridade com o objeto da pesquisa, descrever características, criação de hipóteses e apontamentos e o estabelecimento de relações entre as variáveis estudadas.

A abordagem utilizada no estudo foi qualitativa, que segundo Neves (1996), é um agrupamento de técnicas interpretativas que tem como objetivo decodificar um sistema complexo de significados, ou seja, supõe um corte temporal-espacial de determinado fenômeno social, podendo assim traduzir e expressar o sentido no mundo social.

Foi realizada uma Análise Documental, tendo como base a Norma Operacional Básica de 1996, a Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2001 e a Política Nacional de Atenção Básica.

Na pesquisa documental são analisados documentos com o objetivo de descrever e comparar usos e costumes, tendências, diferenças e outras características. As bases de documentos tornam possíveis a avaliação e realização de estudo tanto da realidade quanto do presente e passado, por meio da pesquisa histórica (CERVO; BREVIAN; SILVA, 2007).

O estudo documental caracteriza-se como uma fonte de coleta de dados restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias. Estas podem ser feitas no momento do acontecimento do fato ou fenômeno, ou posteriormente (MARCONI E LAKATOS, 2010).

Essa análise documental foi realizada com o objetivo de identificar possíveis atribuições para os gerentes da APS, ainda que essas fossem atribuições de outros

profissionais mas que pudessem ser executadas pelos mesmos, e mais, fossem necessárias para a execução da sua função.

Visto isso, com a fundamentação teórica baseada na pesquisa documental, atrelada as dificuldades no processo de gerenciamento diante das transformações sociais e do próprio modelo de gestão, surge a proposta de quatro grupos de competências, consideradas de utilização prática na construção de um gerente.

Competências e Habilidades	Fundamentação Teórica
Liderança + Gestão de Pessoas + Capacitação Continuada	NOB – 96, Lei 8080/90 e PNAB.
Comunicação + Intersetorialidade	NOAS – 2001, Lei 8080/90 e PNAB.
Gestão Participativa + Conselho de Saúde	NOAS – 2001, Lei 8080/90 e PNAB.
Administração e Gerenciamento	NOAS – 2001, Lei 8080/90 e PNAB.

Fonte: elaborada pelo autor.

Este trabalho seguiu as recomendações estabelecidas pela Resolução Nº 466 de 12 de Dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

5. Resultados e Discussão

Consoante a pesquisa documental realizada na NOB 96, NOAS 20001 e na PNAB, foram encontradas possíveis atribuições para o gerente da APS; funções essas que devem ser complementares e que justificam a concepção de MISHIMA (1995), quanto as dimensões do processo gerencial.

Diante da análise percebe-se que quanto a PNAB, ainda que não tenha descrito competências e habilidades direcionadas ao gerente, há algumas atribuições dirigidas a todos os profissionais da APS, e que correspondem também a aptidões que devem ser executadas pelo gerente. Quanto a NOAS 2001, há competências descritas, que também devem ser desenvolvidas pelo gerente da APS, visando a efetividade e eficácia do serviço e das ações.

Normas Operacionais de Assistências à Saúde (2001)	Política Nacional de Atenção Básica (2011)	Dimensões Processo Gerencial
Controle e avaliação conexa as ações de planejamento, programação e alocação de recursos.	Acompanhamento e avaliação sistemática de ações.	Dimensão Técnica
Avaliação da organização do sistema e do modelo de gestão diante do impacto sobre a saúde da população.	Realização de ações de atenção à Saúde, conforme as necessidades de saúde da população local.	Dimensão Desenvolvimento de Cidadania
Promoção da equidade no acesso e alocação de recursos, acompanhamento e avaliação dos sistemas	Garantia da saúde diante da promoção e mobilização da participação da comunidade.	Dimensão Política

de saúde.		
Avaliação da qualidade da atenção, da satisfação do usuário e integralidade das ações.	Realizar reuniões de equipes a fim de discutir o planejamento e avaliação das ações da equipe.	Dimensão Comunicativa

Fonte: elaborada pelo autor.

Quanto a NOB 96 (BRASIL, 1996) e as competências estabelecidas reconhecidas no seu texto, são de funções ou responsabilidades do gestor, que deve exercê-la em cada esfera de governo, ainda que exista uma norma que oriente as competências que devem ser desenvolvidas no âmbito de sua responsabilidade. Percebe-se que ainda há um desafio, quanto a gestão plena no SUS, que pode possibilitar um efetivo desenvolvimento das ações de saúde para a população.

É comum analisar o arranjo e desenvolvimento dos gestores e gerentes que está ligado direta e predominantemente a processos diagnósticos e terapêuticos e não aos processos gerenciais, cujas competências baseiam-se na implantação de estratégias governamentais para a saúde.

Teixeira e Paim (1996) referem-se à formação dos profissionais para o SUS, ao envolvimento de características como a habilidade de análise do contexto em relação às práticas que executa; a compreensão da organização e da gestão do processo de trabalho em saúde; o exercício de um agir comunicativo ao lado do estratégico; a tolerância para situações conflitivas; a atenção aos problemas e às necessidades de saúde.

Melo e Nascimento (2003) afirma que a habilidade de gerenciar uma equipe de saúde e paralelamente atender as necessidades e demandas de saúde dos usuários, faz necessário por um profissional que seja articulador e integrativo, ao passo que a ação gerencial deve ser determinada e ao mesmo tempo determinante diante do processo de organização e execução dos serviços, como também uma ferramenta efetiva das políticas.

No âmbito da saúde internacional, em 2008, na Universidade da Irlanda, em Galway, representantes de vários países realizaram a Galway Consensus Conference. As discussões promovidas durante esta conferência originaram o

desenvolvimento de uma declaração que assinalam valores e princípios, uma definição comum, e oito domínios de competências fundamentais para saúde pública (Barry et al, 2009). Os oito domínios descritos pela declaração foram:

1. Catalisação de mudanças: habilidade de desenvolver transformações e o empoderamento dos indivíduos e das comunidades para a melhoria da saúde.

2. Liderança: elaborar uma gerência estratégica, ao passo que surgem oportunidades para o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, a mobilização e a gestão de recursos para a promoção da saúde.

3. Estimativa/Diagnóstico: coordenar uma estimativa das demandas da comunidade, reconhecer e analisar o comportamento, a cultura, o meio social, ambiental e organizacional que podem ser determinantes na promoção ou no comprometimento da saúde.

4. Planejamento: habilidade de estabelecer metas e objetivos em resposta à avaliação das necessidades e identificar estratégias que são baseadas no conhecimento derivado de evidências teóricas e práticas.

5. Implementação: habilidade de concretizar de maneira eficaz e eficiente a cultura e ética; capacidade de garantir o maior número possível de melhorias na saúde, incluindo a gestão dos recursos humanos e materiais por meio de estratégias.

6. Avaliação: determinar o alcance, a eficácia e o impacto dos programas de promoção da saúde e das políticas. Isso inclui a utilização adequada de métodos de avaliação e de pesquisa para apoiar melhorias no programa, a sustentabilidade e a divulgação.

7. Advocacia: resguardar a melhoria da saúde e bem-estar para indivíduos e comunidades e fortalecer suas habilidades para o desenvolvimento de ações que possam melhorar a saúde e fortalecer a comunidade.

8. Parcerias: provocar o trabalho cooperativo entre disciplinas, setores e parceiros para aumentar o impacto e a sustentabilidade dos programas de promoção e políticas de saúde, ou seja, promover a intersetorialidade.

Diante disso, surge a proposta de delimitar o papel dos gerentes da atenção básica, de modo que haja uma padronização das competências e habilidades gerenciais necessárias, uma vez que são profissionais que desenvolvem o papel de coordenação e gerência da saúde brasileira.

A proposta de padronização desabrocha diante da ausência de descrição de tais competências, seja na própria Política Nacional de Atenção Básica, ou até mesmo devido às mudanças e a necessidade de um novo modelo de gestão, que seja capaz de influenciar e gerir o novo modo de se fazer saúde principalmente na APS, considerando que essa é a porta de entrada para o sistema.

Perante um novo panorama das políticas públicas de saúde, a mudança do modelo assistencial; além do fato da APS coordenar os demais níveis de saúde do SUS, de modo que priorize os serviços (prevenção, cura, reabilitação, promoção) visando à saúde e o bem-estar da população; se torna necessária uma reformulação da gerência, visto que esta, não pode ser mais somente executora de ações planejadas (FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009).

Talvez uma das maiores dificuldades na gerência, seja a capacidade de ser líder; de lidar com uma equipe ampla, de formações diferentes, mas que saiba dar fluxo e continuidade ao serviço, e aos objetivos a serem conquistados, isto é, alcançar a eficácia e efetividade necessária, por meio da eficiência de seus profissionais.

O gerente é o responsável pela reprodução do trabalho a ser realizado, pelo preparo da equipe, assim como deve ser líder, apresentar uma função motivacional, de avaliação apropriadamente para, então, poder gerenciá-la e obter a eficiência necessária no desenvolvimento de suas ações e efetividade nos resultados. Para Lazzarotto (2001) lidar com pessoas é uma tarefa altamente complexa. E, sobretudo, gratificante para quem souber fazê-lo de forma a enaltecer o trabalho e dignificar o ser humano.

A lista de competências e habilidades proposta neste estudo para a gerência de uma APS, está descrita em quatro grupos:

1. Liderança + Gestão de Pessoas + Capacitação Continuada

Acredita-se que o gerente pode ser um agente transformador, ou seja, o elo da mudança, à medida em que este indivíduo, possua a competência de ser líder.

Bergamini (2002) diz que liderar e gerenciar são competências de desempenho com papéis diferentes, ainda que complementares. O papel do líder é utilizar a estrutura, o apoio e a recompensa para desenvolver uma atmosfera

adequada em que auxilie os liderados a atingirem os objetivos da organização (KEITH; NEWSTROM 2002).

Chiavenato (2004) afirma, mais do que motivar, o líder é o indivíduo capaz de dirigir a atenção para o objetivo comum e ajustar os interesses individuais, e que a liderança é, de certa forma, um tipo de poder pessoal. Através da liderança uma pessoa influencia outras pessoas em função dos relacionamentos existentes.

Ante a importância do relacionamento interpessoal na liderança, sabe-se que um líder eficaz, necessita saber que não existe organização sem pessoas. Toda a organização é basicamente constituída de pessoas, e estas são os recursos mais valiosos da administração. Devemos tratar as pessoas como pessoas. A organização depende delas, são um recurso indispensável e inestimável. (CHIAVENATO, 2003). E são essas pessoas que contribuem com seus conhecimentos, capacidades e habilidades, proporcionando decisões e ações que dinamizam a organização do serviço.

Porém, os líderes competentes não se conservam competentes para sempre. As habilidades se inutilizam e podem se tornar antiquadas (ROBBINS, 2007). Além de que a proximidade devido ao bom relacionamento com os profissionais, e a busca pela efetividade dos objetivos, permite a identificação de deficiências na execução de tarefas, ou ainda, da necessidade de treinamento, ou melhor, de capacitação para os profissionais.

A capacitação segundo Chiavenato (2003) é um processo de “longo prazo”, mas que propõe o desenvolvimento de habilidades e competências por meio de novos hábitos, atitudes, conhecimentos e destrezas. O que contribui de maneira direta na produtividade, também como na satisfação e motivação do próprio profissional.

Um gerente líder na APS, é capaz de envolver sua equipe e motivá-la diante dos objetivos, e ainda que com dificuldades, seja por infraestrutura, ou quaisquer que sejam os problemas; ao passo que é líder, se aproxima da equipe, proporcionando um trabalho conjunto, e entende a necessidade, a importância de cada indivíduo na equipe, objetivando a efetividade dos serviços prestados; e atrela a isso a busca para capacitação própria e de sua equipe.

II. Comunicação + Intersetorialidade

A comunicação ocorre a partir do momento em que se tem troca de informações. Berndt (2003) diz que a comunicação está relacionada a ação de comunicar-se ainda que dentro ou fora da instituição, com clientes e outros profissionais. O profissional de saúde precisa saber comunicar-se e gerenciar a comunicação.

A comunicação, ocorre em dois âmbitos, ao relacionamento interpessoal, e ao gerar informação. Quanto ao relacionamento dos profissionais, possibilita a percepção e a busca de vieses para o desenvolvimento de trabalho, e alternativas para possíveis problemas. E a informação propicia a visão epidemiológica, isto é, a identificação de problemas e demandas da população.

Com as necessidades identificadas, e a possibilidade de comunicação dentro e fora do estabelecimento, o gerente pode e deve buscar possibilidades para execuções de ações e serviços integrados. A intersetorialidade possibilita a formação de espaços partilhados de determinações e ações entre instituições e diferentes setores do governo que visem a produção da saúde, sua formulação, implementação e a assistência nas políticas públicas que apresentem influência positiva sobre a saúde da população (PAIM, 2009).

Então, o gerente identifica, por meio da comunicação estabelecida com sua equipe, por meio de reuniões, ou diante de atividades cotidianas, possíveis problemas ou dificuldades, os determinantes de saúde, ações necessárias para a saúde, seja promoção ou prevenção, da população; e procura de maneira estratégica garantir o direito à saúde, por intermédio de articulações, ações complementares e relações horizontais entre possíveis parceiros. E mais, a intersetorialidade, requer e estimula mecanismos de envolvimento da população (PAIM, 2009).

III. Gestão Participativa + Conselho de Saúde

Uma gestão participativa e intersetorial demanda a participação de movimentos sociais. Paim (2009) acredita que a participação social pode ser o meio mais direto e fundamental para a garantia da saúde, e está assegurada pelo

arcabouço legal do SUS, visto ser esse um princípio básico. A forma de participação social na saúde, se dá por meio das conferências e dos conselhos.

As conferências ocorrem de 4 em 4 anos, são convocadas ou pelo Executivo ou pelos Conselhos de Saúde; é um espaço de debate, formulação e avaliação das políticas de saúde. O conselho de saúde atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política, analisa e aprova o plano de saúde e o relatório de gestão, além de informar a sociedade sobre sua atuação (BRASIL, 2013).

Diante disso, um gerente que tem a competência de uma gestão participativa, é imprescindível que ele atrele sua gestão, às demandas da população, mediante diálogo e troca, por intermédio da participação social, seja por conselho ou conferência, “pactuando a programação da unidade, elaborando o diagnóstico do território e uma agenda de seguimento e de avaliação das atividades e monitoramento dos indicadores” (COELHO; JORGE; GUIMARÃES, 2009), possibilitando, seja um aumento da qualidade de vida, na promoção / prevenção / reabilitação da saúde em que sua APS está inserida.

IV. Administração e Gerenciamento

Para exercer tal competência o gerente deve estar apto a tomada de decisão. Marx e Morita (2000) complementam ao afirmarem que deve ser realizada uma avaliação das necessidades dos usuários, estabelecer um planejamento para execução do trabalho de modo que contemple o detalhamento de informações tais como ideias e as maneiras de operacionalizá-las; os recursos viáveis, sejam físicos ou materiais; a definição dos envolvidos e dos passos a serem seguidos; a criação de cronogramas de trabalho e o envolvimento dos diversos níveis hierárquicos.

Boog (2004) descreve algumas características, como a exigência de uma visão ampla estratégica; obter a facilidade em negociar, habilidade de controle e gerência em fatores ou pessoas, saber lidar com o novo, com o que não está planejado, ainda que em situações dúbias ou complexas, saber trabalhar com equipes multiprofissionais, com gestão de pessoas, e poder extrair o máximo delas.

Por fim, para o desenvolvimento da competência Administração e Gerenciamento são analisados como indispensáveis o grupo de conhecimentos identificados para planejar, tomar decisões, interagir, ordenar e gerir pessoal.

**Apêndice 1. Proposta de Matriz de Competências e Habilidades necessárias à
Gestão na Atenção Primária à Saúde.**

Competências e Habilidades Desejadas	Como Desenvolver (Aplicação)	Fundamentação Teórica
Liderança + Gestão de Pessoas + Capacitação Continuada	Possibilitar uma atmosfera de trabalho adequada e estabelecer vínculos.	NOB – 96, Lei 8080/90 e PNAB.
	Estabelecer objetivos, gerenciar resultados e mediar conflitos.	
	Promover a motivação da equipe, a proximidade da mesma e com o líder.	
	Identificar deficiências no conhecimento.	
	Promover e influenciar a equipe na capacitação que se julgar necessária.	
Comunicação + Intersetorialidade	Promover comunicação interpessoal.	NOAS – 2001, Lei 8080/90 e PNAB.
	Comunicar e interagir com os usuários, profissionais da saúde e outros.	
	Identificar as demandas da população.	
	Criar espaços compartilhados com diferentes instituições.	
Gestão Participativa + Conselho de Saúde	Construir uma comunicação direta com	NOAS – 2001, Lei 8080/90 e PNAB.

	os usuários.	
	Estimular mecanismos de envolvimento da população.	
	Promover uma atuação diretamente ligada ao Conselho, e as formulações desenvolvidas.	
	Construção e promoção coletiva da Saúde, junto a equipe e ao Conselho.	
Administração e Gerenciamento	Avaliar as necessidades de saúde e as condições de trabalho.	NOAS – 2001, Lei 8080/90 e PNAB.
	Estabelecer e executar o planejamento.	
	Verificar os resultados alcançados e definir novas condutas.	
	Avaliar o planejamento e os resultados obtidos.	

Fonte: elaborada pelo autor.

6. Considerações Finais

A APS é um conjunto de ações e serviços de saúde que objetiva garantir atenção à saúde para a maior parte das necessidades de saúde da população, além de servir como filtro para acesso aos outros níveis de saúde. É o serviço de primeiro contato, a porta de entrada do sistema, e tem como base os fundamentos e princípios do SUS.

Os serviços de saúde sofreram influência de Taylor, Fayol, Ford, e principalmente da Teoria Burocrática, entretanto o gerente deve perceber que sua função gerencial, não é uma mera atividade burocrática, mas sim uma atividade que tem como objetivo oferecer assistência em saúde segundo as demandas da população.

Advindo a isso, a gerência corresponde a um dos atores principais da APS, visto que é o indivíduo que ocupa tal função, que coordenará os demais profissionais e os serviços desenvolvidos e oferecidos a população. Necessita planejar, executar e avaliar suas ações; e para que execute essas funções de modo efetivo e eficaz, se tornam necessárias competências, ou seja, um grupo de conhecimentos, habilidades e aptidões para o adequado e satisfatório gerenciamento de saúde.

Um dos maiores desafios talvez seja atuar segundo as demandas de saúde da população e gerenciar uma equipe multiprofissional, com o intuito de atender e alcançar os objetivos planejados. Para isso é imprescindível uma gestão participativa, articuladora e integrativa, e com isso, o desenvolvimento de habilidades particulares.

O gerente deve ser um líder, ao passo que motiva sua equipe, cria um ambiente adequado para a prestação de serviços, promove relacionamento interpessoal, conhece as limitações e as habilidades de cada profissional. Com isso, é capaz de promover conhecimento e influenciar a capacitação continuada para obtenção de melhores resultados, sejam individuais ou coletivos.

A comunicação entre a equipe e para com a população, é imprescindível, pois facilita a identificação de necessidades e possíveis parcerias com outros setores e instituições visando a promoção da saúde. Torna-se possível quando a gestão é participativa, ou seja, haja diálogo com a população e trocas com os Conselhos e as formulações das Conferências.

A proposta matriz descrita nesse estudo, apresenta as competências de Liderança, Gestão de Pessoas, Capacitação Continuada, Comunicação, Intersetorialidade, Gestão Participativa, Conselho de Saúde, Administração e Gerenciamento, e procura estabelecer o papel da gerência dos serviços de atenção primária à saúde, como de fundamental importância para a efetivação do SUS.

As competências devem se complementarem, serem integrativas, principalmente a de administração e gerenciamento, pois o gerente desenvolve essas competências à medida em que avaliam as necessidades de saúde e as condições de trabalho, estabelecem e executam um planejamento, verificam os resultados alcançados e definem novas condutas.

Houveram algumas limitações para o desenvolvimento do estudo, como a ausência de descrição das competências e atribuições para o gerente da APS, na própria PNAB, como também a deficiência de literatura especializada quanto ao assunto abordado.

Portanto, a proposta matriz visa promover e expandir a concepção do papel e da importância das competências para o melhor desempenho desses profissionais. Acredita-se que por meio do uso prático dessas competências os gerentes possam além de propiciar condições para superar as questões que dificultam o desenvolvimento dos resultados almejados, estabelecer uma nova realidade alinhada a melhores práticas, por meio de uma prestação de serviços integral a população de forma ética e humanizada.

7. Referências Bibliográficas

BARRY, Margaret M. et al. The Galway Consensus Conference: international collaboration on the development of core competencies for health promotion and health education. **Global Health Promotion**, v. 16, n. 2, p. 05-11, 2009.

BERGAMINI, Cecília Whitaker. Liderança: a administração do sentido. **Revista de Administração de Empresas**, v. 34, n. 3, p. 102-114, 1994.

BERGAMINI, Cecília Whitaker. **O líder eficaz**. Atlas, 2002.

BERNDT, FPG. Competências gerenciais do enfermeiro [dissertação]. Florianópolis (SC): UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós Graduação em Administração, 2003.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB – SUS 01/96. **Diário Oficial da União**, 1996.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Parecer CNE/CES 1133/2001. **Diário Oficial da União**, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a Descentralização com Equidade no Acesso (Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS. SUS 01/01. Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001). 2001.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde - Brasília: CONASS, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria e estabelece os critérios para credenciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BOOG, Gustavo. **Manual de gestão de pessoas e equipes**. Editora Gente, 2002.

BOOG, Gustavo. O desafio da competência: como enfrentar as dificuldades do presente e preparar-se para o futuro. **São Paulo (SP): Ed. Nova Cultural**, 2004.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: **Saúde em Debate. Série Didática**. Hucitec, 1994.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. DA SILVA, Roberto. **Metodologia científica** 6. Ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CHIAVENATO, Idalberto. Administração de recursos humanos. Ed. Atlas, v. 3. 1985.
_____. **Administração de Recursos Humanos: fundamentos básicos.** São Paulo: Atlas S.A, 2003.

_____. **Administração de novos tempos.** Rio de Janeiro: Campus, 2004.

COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa; GUIMARÃES, José Maria Ximenes. Participação Social na Atenção Básica à Saúde: Concepções e Práticas dos Usuários e Trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 12, n. 4, 2009.

GIL, Antônio Carlos. Como delinear uma pesquisa bibliográfica. **Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, p. 59-86, 2006.

GIOVANELLA, Lígia et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** SciELO-Editora FIOCRUZ, 2012.

FERNANDES, Léia Cristiane Löblein; MACHADO, Rebel Zambrano; ANSCHAU, Geovana Oliveira. Management of health services: developed competencies and difficulties found in basic attention. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1541-1552, 2009.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida. EGRY, Emiko Yoshikawa. Processo de trabalho de gerência: instrumento potente para operar mudanças nas práticas de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, p. 13-18, 2001.

HOLANDA, Flávia Lilalva de. MARRA, Celina Castagnari. CUNHA, Isabel Cristina Kowalolm. **Construção da Matriz de Competência Profissional do Enfermeiro em Emergências.** Acta paul. enferm., São Paulo, v. 27, n. 4, p. 373-379, 2014.

HAUSMANN, Mônica. **Análise do processo de trabalho gerencial do enfermeiro em um hospital privado no Município de São Paulo: possibilidades para o gerenciamento do cuidado**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. 2006.

JUNQUEIRA, Luciano A. P. **Gerência dos serviços de saúde**. In: Conferência Nacional de Saúde. Descentralizando e democratizando o conhecimento. v. 1. Brasília: Cultura, 1992.

KEITH, Davis; NEWSTROM, John W. Comportamento humano no trabalho: uma abordagem psicológica. **São Paulo: Thomson Learning**, 2002.

KURCGANT, Paulina. Gerenciamento em enfermagem. In: **Gerenciamento em enfermagem**. Guanabara Koogan, 2014.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Fundamentos de metodologia científica. In: **Fundamentos de metodologia científica**. Atlas, 2010.

LAZZAROTTO, Elizabeth Maria. Competências essenciais requeridas para o gerenciamento de unidades básicas de saúde. [Tese] Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

LEVCOVITZ, Eduardo; GARRIDO, Neyde G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. **Cadernos de Saúde da Família**, v. 1, n. 1, p. 3-7, 1996.

MATOS, Eliane. PIRES, Denise. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. 3, p. 508-14, 2006.

MARX, Lore Cecilia; MORITA, Luiza Chitose. **Competências gerenciais na enfermagem: a prática do Sistema Primary Nursing como parâmetro qualitativo da assistência**. BH Comunicação, 2000.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola Pública do Ceará, 2002.

MELO, Marisa Leal Correia; MAA, Nascimento. Treinamento introdutório para enfermeiras dirigentes: possibilidades para gestão do SUS. **Revista Bras Enferm**, v. 56, n. 6, p. 674-677, 2003.

MISHIMA, Silvana Martins et al. Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde em Ribeirão Preto [tese]. **Ribeirão Preto (SP)**: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 1995.

MORGAN, Gareth; BERGAMINI, Cecília Whitaker; CODA, Roberto. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 1996.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do. OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.

NEVES, José Luís. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Caderno de pesquisas em administração, São Paulo**, v. 1, n. 3, p. 2, 1996.

OMS. **Atención Primaria de Salud**: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1978.

PAIM, Jairnilson. **O que é o SUS**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2009.

PAIVA, Sônia Maria Alves de; SILVEIRA, Cristiane Aparecida; GOMES, Elizabeth Laus Ribas; TESSUTO, Maísa Crivellini; SARTORI, Nely Regina. Teorias administrativas na saúde. **Rev. enferm. UERJ**, v. 18, n. 2, p. 311-316, 2010.

PASSOS, Joanir Pereira; CIOSAK, Suely Itsuko. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 4, p. 464-8, 2006.

PERRENOUD, Philippe. L'obligation de compétences: une évaluation en quête d'acteurs. **L'Éducateur**, n. 11, p. 23-9, 1996.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. In: **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Artes Médicas, 1995.

RAMOS, Marise Nogueira. **A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?** Cortez, 2002.

ROBBINS, Stephen P. Comportamento Organizacional. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

SILVA, Felicialle Pereira da; FRAZÃO, Iracema da Silva; LINHARES, Francisca Márcia Pereira. Health practices by teams from Street Outreach Offices. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 4, p. 805-814, 2014.

SOUSA, Janaina Meirelles. **Competências requeridas do enfermeiro para o cuidado paliativo na atenção domiciliar**. 2015. 167 p. Tese (Doutorado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva. Políticas de formação de recursos humanos em saúde: conjuntura atual e perspectivas. **Divulg. saúde debate**, n. 12, p. 19-23, 1996.

TREVIZAN, Maria Auxiliadora; MENDES, Isabel Amélia Costa; MELO, Marcia Regina Antonietto da Costa; FÁVERO, Neide. **Liderança e comunicação no cenário da gestão em enfermagem.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. v.6, n. 5, p.77-82, 1998.

VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria. Gestão em saúde. In: **Gestão em saúde.** Guanabara Koogan, 2011.