



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Saúde Coletiva

GESTÃO DE CONFLITOS EM UNIDADES BÁSICAS DA REGIÃO LESTE DE SAÚDE DO DF

Professora Orientadora

Dais Gonçalves Rocha

Aluna

Ellen Carollyane Alves Furtado

Brasília, 2016

GESTÃO DE CONFLITOS EM UNIDADES BÁSICAS NA REGIÃO LESTE DE SAÚDE DO DF

Trata-se de um estudo qualitativo realizado na Região Leste de Saúde do Distrito Federal cujo objetivo é analisar a existência, gênese e consequências dos conflitos para as gerências das Unidades Básicas de Saúde. O estudo consiste em um Trabalho de Conclusão de Curso desenvolvido pela estudante de graduação em Saúde Coletiva, Ellen Carollyane Alves Furtado.

Brasília, 2016

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
A Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família	6
Vínculos e Conflitos entre os Profissionais da Atenção Básica	7
2. JUSTIFICATIVA	9
3. OBJETIVOS	10
Objetivo Geral	10
Objetivos Específicos	10
4. METODOLOGIA	11
Contexto.....	11
Participantes do Estudo	11
Instrumentos de Coleta de Dados.....	12
Análise de Dados.....	12
5. ASPECTOS ÉTICOS.....	13
Riscos e Benefícios aos Participantes do Estudo	13
6. RESULTADOS.....	14
Perfil das Gerências	14
Identificação dos Conflitos mais Comuns	15
Caracterização dos Conflitos Vivenciados pelas Gerências	16
Instrumentos, mecanismos ou dispositivos utilizados pela Gerência para a resolução dos conflitos	21
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24

8. REFERÊNCIAS	25
9. APÊNDICES	28

RESUMO

Introdução: A principal estratégia na Atenção Básica é a Estratégia Saúde da Família – ESF que sugere a constituição de equipes interdisciplinares, sendo compostas por profissionais de várias áreas. A interação entre os membros de uma equipe é fundamental para o trabalho efetivo, porém, nem sempre esta interação resulta em entendimentos e isto pode ser um possível gerador de conflitos. **Objetivo:** Analisar a existência, gênese e consequências dos conflitos para a gestão nas Unidades Básicas da Região Leste de Saúde do Distrito Federal. **Método:** Trata-se de um estudo qualitativo que será desenvolvido no período de setembro a dezembro de 2016 por meio de entrevistas em profundidade com os profissionais responsáveis pelas gerências das Unidades Básica de Saúde, observação participativa e diário de campo. **Resultados:** Os conflitos mais citados pelos entrevistados foram aqueles vivenciados entre usuários e profissionais e entre estes e a gerência cujas gêneses. Destacam-se: a falta de profissionais, condutas distintas entre eles, comunicação, a busca pelo reconhecimento e o acolhimento. Dentre as formas para resolução dos conflitos foi citado por uma gerente o colegiado e pela outra a resolução sem uma Instancia de Pactuação Institucional. **Considerações Finais:** Além de haver poucos estudos relacionados a este tema, ressalta-se aqui a importância de trabalhar com a Gestão de Conflitos na área da Atenção Básica. Dentre os conflitos trabalhados, destacou-se a gravidade da comunicação deficiente entre os profissionais entrevistados e a ausência do acolhimento, o que indica a necessidade de mudanças no trabalho em equipe.

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família

Para o Ministério da Saúde – MS, a Atenção Básica consiste na principal porta de entrada do usuário ao sistema de saúde seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, da universalidade, acessibilidade, vínculo com os usuários, integralidade, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2016).

Suas ações são voltadas para a promoção, proteção à saúde, tratamento e principalmente a prevenção de agravos. A principal estratégia na Atenção Básica é a Estratégia Saúde da Família – ESF sendo considerada a proposta mais abrangente com vistas a maiores investimentos e expectativas quanto sua efetividade (MARIN, et al., 2013).

A ESF foi implantada em 1994 e vem reorganizando a Atenção Básica procurando a ampliação da resolubilidade e maior impacto na situação de saúde dos territórios. Para isso, ela sugere a constituição de equipes interdisciplinares, sendo compostas por profissionais de várias áreas como: médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e podem ter também profissionais da saúde bucal (BRASIL, 2015).

A mudança que ela trouxe ao Modelo de Atenção em Saúde, considerando, não só os aspectos biomédicos, mas um modelo mais voltado para a integralização do cuidado, entendendo que é fundamental considerar os determinantes sociais e a prevenção de agravos em saúde, traz muitos desafios, pois a saúde é um campo que está em constante mudança, o que sugere com frequência, novas ou reformulações de ações voltadas para qualificar esta assistência.

Para Cunha, Meneses e Oliveira (2013) a saúde é um campo complexo, devido às várias transformações no perfil epidemiológico e demográfico; o aumento de doenças crônicas, a necessidade de equipes multiprofissionais e a influência dos Determinantes Sociais em Saúde a deixa como um campo frágil a múltiplos conflitos.

Esta mudança constante no contexto da saúde influencia as equipes de saúde no sentido de vislumbrar a necessidade de trabalhar coletivamente. O ideal é que além de multiprofissionais, elas sejam interprofissionais e interdisciplinares para a melhor compreensão do processo saúde doença, pois nelas, não só profissionais, mas também

estudantes atuam de forma conjunta para atender as necessidades de saúde. São agregados saberes e práticas e há valorização do conhecimento um do outro para atenderem o princípio da integralidade (SILVA, et al., 2015; FURTADO, 2007).

Para isso, o vínculo entre os integrantes destas equipes é importante. É preciso que tenha cooperação e responsabilidade entre os membros das equipes para uma melhor coordenação do cuidado. Com isso, é essencial o reconhecimento por parte dos profissionais sobre sua importância no trabalho e a contribuição de uns para com os outros.

Vínculos e Conflitos entre os Profissionais da Atenção Básica

A interação entre os membros de uma equipe é fundamental para o trabalho efetivo. Ciampone e Peduzzi (2000) comentaram sobre estas características ao diferenciar trabalho em equipe de grupo onde, no trabalho em equipe há disposição entre os membros centrados nas metas, objetivos e resultados e no trabalho em grupo são centralizadas as interações e os vínculos entre os membros.

Para que se tenha um trabalho em grupo deve se considerar a construção das equipes. A equipe deve ter um projeto comum com uma boa interação entre os profissionais e entre estes e os usuários (GARCIA et al, 2015). Para Motta (2012), as equipes da ESF podem encontrar na construção dos vínculos entre si e entre o coletivo, uma série de questões éticas, que podem passar despercebidas.

Os vínculos por vezes, geram relações interpessoais que facilitam o trabalho em grupo e ajudam na resolução de conflitos (MARTINS et al, 2012). Porém, Carvalho, Peduzzi e Ayres (2014), acreditam que a interação entre os profissionais e entre estes e a gerência das unidades nem sempre resultam em entendimentos e isto pode ser um possível gerador de conflitos.

Existem muitos conceitos sobre os conflitos. Raymond Boudon (1995) faz um amplo estudo sobre os conflitos sob uma perspectiva sociológica onde é possível perceber as diversas causas dos conflitos na sociedade com o passar dos anos. O autor defende a ideia de que muitas vezes os envolvidos no conflito possuem interesses antagônicos e uma “falsa consciência” do confronto válido em que deveriam se comprometer.

Axel Honneth, ainda no âmbito social, defende que as tensões sociais e os conflitos são vivenciados na busca do homem por reconhecimento que se dá pelo amor, o direito e a

solidariedade para alcançar respectivamente a autoconfiança, o autorrespeito e a autoestima (HONNETH, 2003).

De acordo com o dicionário Aurélio (2016), o conflito é definido como desordem, pendência, embate, luta disputa e oposição. E em sua origem, no latim, tem o significado de estar em desavença.

Já no âmbito da saúde, Cecílio (2005) acredita que os conflitos podem ser de dois tipos: “abertos”, algo que incomoda e chega até as agendas dos gerentes, exigindo providências ou encobertos, que ficam circulando pela unidade, mas não chega até a agenda dos gestores.

Carvalho, Peduzzi e Ayres (2014) propuseram “uma tipologia de conflitos manifestos na interação entre trabalhadores e gerentes de UBS (p.1457)”. De acordo com eles, os quatro primeiros tipos são relacionados a aspectos microssociais, sendo eles: falta de colaboração entre os trabalhadores, diferentes relações entre os trabalhadores, “funcionário problema” e problemas pessoais. Já os dois últimos são de aspectos macrossociais, decorrentes de processos sociais e históricos: organização do SUS, sua normatização, infraestrutura, etc.

Esta tipologia foi adotada para a realização desta pesquisa. Com esta perspectiva, o objetivo desta pesquisa foi analisar a existência, gênese e consequências dos conflitos para a gestão nas Unidades Básicas da Região Leste de Saúde do Distrito Federal.

JUSTIFICATIVA

O tema deste estudo originou na disciplina “Estágio Supervisionado em Saúde Coletiva II” cursada pela proponente da pesquisa na Universidade de Brasília, no curso de Gestão em Saúde Coletiva. A disciplina foi desenvolvida na Diretoria de Atenção Primária à Saúde da Região Leste do Distrito Federal - DIRAPS. A demanda pelo tema surgiu de observações em duas gerências de serviços, onde se percebeu a necessidade de trabalhar com a gestão de conflitos por ser algo exigido aos gestores, ter diversos instrumentos para a resolução destes e haver poucos estudos relacionados ao tema.

A pesquisa tem potencial para trazer benefícios aos serviços por proporcionar aos profissionais responsáveis pela gerência dos equipamentos estudados, reflexão quanto ao seu papel na gerência e às estratégias utilizadas para a resolução dos conflitos.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar a existência, gênese e consequências dos conflitos para a gestão nas Unidades Básicas da Região Leste de Saúde do Distrito Federal.

Objetivos Específicos

Identificar os conflitos mais comuns vivenciados pelos profissionais da Região Leste de Saúde do DF;

Categorizar os principais conflitos de acordo com sua gênese;

Investigar instrumentos, mecanismos ou dispositivos utilizados para a resolução dos conflitos.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, envolvendo as gerências de serviços da Atenção Básica da Região Leste de Saúde do Distrito Federal –DF. Neste tipo de estudo, busca entender o significado individual ou coletivo de um determinado fenômeno para os participantes da pesquisa, a observação ocorre no cotidiano dos participantes, sem o controle de variáveis, o pesquisador é o instrumento do estudo, tem maior rigor na validação e é maior a possibilidade para entender novos casos (TURATO, 2005).

Contexto

Desde o início do ano de 2016, o Distrito Federal – DF passou por uma reestruturação da Secretaria de Saúde – SES/DF. Antes, ele era organizado em 15 regionais de saúde e agora, a gestão dos equipamentos de saúde como hospitais, Centros de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Centro de Apoio Psicossociais (CAPS) e Unidades Básicas de Saúde (UBSs), passou a ser descentralizada. O DF passou a ser dividido em sete regiões/superintendências com o decreto nº 037.057 de janeiro de 2016 (Decreto nº 037.057, 2016).

Dessa forma, as regiões foram divididas em Norte, Sul, Leste, Oeste, Sudoeste, Centro-Norte e Centro-Sul. Este trabalho será realizado na Região Leste, composta pelas Regiões Administrativas, Paranoá, Itapoã, Jardim Botânico e São Sebastião na Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde – DIRAPS.

A DIRAPS é composta pelas seguintes gerências de serviços: Atenção Domiciliar, Planejamento, Monitoramento e Avaliação, Áreas Programáticas de Atenção Primária à Saúde, Enfermagem, Matrícula e Marcação de Consulta e Prontuário de Pacientes, Gerências de Serviços 01, 02, 03, 04 e 05 do Paranoá, Gerências de Serviços 01, 02, 03 e 04 de São Sebastião, Saúde Prisional e da Casa de Parto de São Sebastião.

Participantes do Estudo

Foram entrevistados os responsáveis por duas Gerências de Serviços da região.

Os participantes não foram obrigados a participarem do estudo. Ainda sim, todos que participaram, estavam cientes do objetivo do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Quadro 4, Apêndice 1).

Instrumentos de Coleta de Dados

Os dados foram obtidos por meio da observação participativa, diário de campo e entrevistas em profundidade.

Para as entrevistas em profundidade, foram utilizados roteiros de perguntas, conforme demonstrados nos quadros 01 e 02 (Apêndices 2 e 3).

Análise de Dados

Para a análise dos dados, todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e posteriormente categorizadas.

Inicialmente, foram analisados os padrões emergentes, aqueles com característica repetitiva entre as falas dos entrevistados e em seguida, os pontos divergentes, falas com discordância uma da outra.

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos- CEP, por haver entrevistas em profundidade com profissionais de saúde pertencentes à Secretaria de Saúde do Distrito Federal – SES-DF, na Região Leste. A pesquisa foi conduzida de forma a respeitar os termos dispostos na Resolução CONEP/CNS nº 466/2012 e suas complementares.

Os termos de ciência e anuência da realização do estudo foram pactuados com as gestoras da Superintendência e Diraps da Região Leste de Saúde (Anexo 1).

Riscos e Benefícios aos Participantes do Estudo

Por se tratar de um tema delicado, os participantes poderiam sentir-se constrangidos por envolver suas habilidades para lidar com conflito em seus cotidianos e por ver-se avaliado, o que pode sugerir maior preparação para o cargo. Suas opiniões a respeito dos conflitos envolvidos podem estar associadas a relações interpessoais e essas opiniões quando públicas pode gerar conflitos futuros entre os profissionais envolvidos.

Foi garantido aos participantes da pesquisa o anonimato e sigilo dos dados. Para minimizar possíveis desconfortos, foram utilizados códigos na identificação dos participantes ou em trechos de falas utilizados na redação do artigo. A realização das entrevistas e a posterior transcrição foram de responsabilidade da proponente da pesquisa.

Aos participantes, não coube nenhum recurso financeiro e outros benefícios diretos que não a sensação de bem-estar pela contribuição com o estudo.

RESULTADOS

Perfil das Gerências

Foi possível perceber que ambos os Supervisores Administrativos já tiveram experiência na Atenção Básica – AB como Agentes Comunitários de Saúde - ACS, trabalharam no Hospital Regional do Paranoá – HRPa antes de irem para a unidade estudada e estão nesta mesma região por cerca de três anos. Apesar de estarem lotados em um mesmo cargo, um foi nomeado para o cargo de Administrador e outro, para técnico administrativo no concurso.

Entre as supervisoras de enfermagem, uma já teve experiência na Atenção Básica antes de ir para a região e a outra apesar de não ter tido esta experiência, possui sete anos de trabalho na Unidade. Mesmo sendo supervisoras de enfermagem, uma foi nomeada como Enfermeira e outra como técnica de enfermagem.

Já entre as gerentes, ambas são enfermeiras e tiveram experiências bastante exitosas na Atenção Básica desde o início da Estratégia de Saúde da Família. O currículo também é caracterizado por várias especializações que podem aperfeiçoar a atuação no processo de trabalho.

No Quadro 1, estão descritas estas características de acordo com o cargo de cada entrevistado. Os Supervisores Administrativos foram codificados com as letras “ESA”, os Supervisores de Enfermagem com “ESE” e Gerentes com “EG”.

Quadro 1: Principais características dos servidores das gerências de serviço.

Entrevistado	Sexo	Formação	Experiência na AB	Cargo nomeado em concurso
ESA1	M	Superior Incompleto.	Sim, como ACS por dois anos.	Técnico Administrativo
ESA2	F	Administração com especialização em Auditoria e Controle.	Sim, como ACS por quatro anos.	Administrador.
ESE1	F	Técnico de Enfermagem e Enfermagem.	Não.	Técnica de Enfermagem.
ESE2	F	Enfermagem com especialização em Saúde do Trabalhador.	Sim, como enfermeira na ESF e acompanhou estágio	Enfermeiro.

				técnico em Saúde da Família	
EG1	F	Enfermagem com especialização em Saúde da Família e Epidemiologia; Curso para qualificação de gestores do SUS e Gestão e Regionalização; Tutora nos curso de Especialização em Epidemiologia e Saúde da Família pela UnB e Provvab.	Sim, há cerca de 20 anos.		Enfermeira
EG2	F	Enfermagem com especialização em Saúde Coletiva; Curso de Gestão e Processos de Trabalho em Saúde.	Sim, há cerca de 20 anos.		Enfermeira

Identificação dos Conflitos mais Comuns

Utilizando a tipologia dos conflitos de Carvalho, Peduzzi e Ayres (2014), parte dos conflitos encontrados envolve aspectos microssociais, dinâmicos ao trabalho, que são existentes por vários motivos como: a falta de profissionais, condutas distintas entre eles, comunicação e a busca pelo reconhecimento (Quadro 02).

Quadro 02: Identificação e Classificação dos Conflitos identificados na pesquisa. Brasília, 2016.

Conflito Identificado envolvendo	Aspectos Microssociais ou Macrossociais	Conflitos Abertos ou Fechados
Falta de Profissionais	Microssocial	Aberto
Condutas Distintas entre os profissionais	Microssocial	Aberto
Fluxo de Comunicação	Microssocial	Aberto
Busca pelo Reconhecimento	Microssocial	Fechado
Ausência de Acolhimento	Macrossocial	Aberto

Porém, há outros conflitos de aspectos macrossociais, relacionados a processos sociais e históricos, como por exemplo, que tem sua causa relacionada à forma como é realizado o acolhimento na Unidade. O acolhimento é no SUS, uma diretriz da Política Nacional de Humanização, um dispositivo que auxilia a organização do processo de trabalho e funcionamento da unidade.

Entre os supervisores Administrativos, não houve padrão emergente sobre a vivência dos conflitos entre os profissionais, um se remete aos conflitos como algo natural do processo de trabalho e para o outro, o conflito envolve aspectos relacionados à comunicação.

Já para as supervisoras de enfermagem, os conflitos mais comuns são vivenciados pela falta do profissional médico. Porém, uma supervisora afirmou também a existência de um conflito causado pelas condutas diferentes entre a gerência e sua supervisão.

Uma gerente também citou a falta do médico como o gerador de um conflito bastante vivenciado, porém, foi um ponto convergente entre as gerentes, o conflito vivenciado devido à dificuldade em lidar com as equipes que ainda estão se habituando a divisão das Gerências de serviços.

Caracterização dos Conflitos Vivenciados pelas Gerências

É importante destacar que, quando não trabalhados de forma adequada, os conflitos podem levar os profissionais de uma equipe, a trabalhar de forma desmotivada e reduzir a qualidade dos atendimentos (SALES, LIMA, FARIAS, 2007). Dessa forma, além de haver poucos estudos relacionados a este tema, ressalta-se aqui a importância de trabalhar com a Gestão de Conflitos na área da Atenção Básica.

Procurou-se neste estudo analisar também aqueles conflitos que envolvem a relação entre os usuários, profissionais e a gerência da unidade e outros envolvendo a gerência local e a Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde – DIRAPS.

Se tratando da relação entre usuários, profissionais e gerentes da unidade, para a maioria dos entrevistados a principal causa de conflitos é devido à falta de profissionais, principalmente o médico, o que resulta em desentendimentos entre os profissionais e entre estes e os usuários, além de dificultar processos de trabalho, como a marcação de consultas e demora nos atendimentos.

*“Eu observo que um terço do meu tempo está sendo consumido dando justificativas aos pacientes, porque toda hora tem paciente reclamando porque não tem médico”
EG2*

“Que aí eu entro pra encaixar paciente, conversar, o médico não veio...” ESA2

“(…) algumas equipes tem a falta do médico, então às vezes impossibilita de eu conseguir uma consulta mais previamente” ESE1

Os conflitos decorrentes da falta do profissional médico, ao utilizar como referência o conceito de conflito citado por Cecílio (2005), são classificados como “abertos”, pois necessitam de providências das gerências para sua mediação.

Porém, além da falta do médico, outro grande gerador de conflitos citado e que se enquadra neste tipo de relação é decorrente da conduta por parte de alguns profissionais que também merecem atenção especial na agenda dos gestores. Estes conflitos, normalmente estão relacionados à falta de entrosamento e colaboração por parte de alguns profissionais ou também a questão do “funcionário-problema”, aquele que dificulta o trabalho de outros profissionais.

“(...) e aí quando eu liguei, ele atendeu e estava trancado o tempo todo dentro do consultório (...) e ele – Não, mas eu estou aqui, só por que esse paciente não é da minha área, eu não vou atender. - Então esse tipo de comportamento é muito ruim.(..) ele não participa de reunião, ele não tem diálogo com as técnicas.” EG2

“É, mas esse médico não tem condições nenhuma de ir pra lá [Outra Unidade], ele mal cumpre horário aqui, não conversa com ninguém, só com uma enfermeira” ESE2

Para Carvalho, Peduzzi e Ayres (2014), estes tipos de conflitos estão relacionados a aspectos microssociais, dinâmicos ao trabalho em saúde e que compromete a estima social, pois acarreta o sentimento de desrespeito a outro trabalhador e ainda, são conflitos de difícil controle por parte da gerência.

Além disso, é também caracterizado como um problema (bio)ético (SIQUEIRA-BATISTA et al, 2015; SALLES,LIMA, FARIAS, 2007). Jungues et al, (2014) ao realizar um inventário sobre os problemas éticos encontrados na Atenção Primária, classificaram este problema como sendo do domínio “práticas de equipe”, causados pela fragmentação do trabalho e dificuldade em exercer a prática interdisciplinar.

Esta dificuldade foi reconhecida também em outro estudo. Scherer, Pires e Jean (2013) ao investigarem a construção da interdisciplinaridade no contexto das Equipes de Saúde da Família, em um município da região sul do país, constataram que o processo de uma equipe multidisciplinar em trabalhar de forma interdisciplinar necessita de certo amadurecimento do trabalho em equipe, por se tratar de algo complexo.

Lima et al (2009), afirma ainda que estes problemas éticos presentes nas relações com as equipes resultam em conflitos esperados e que a fragmentação dos saberes e práticas dos profissionais se torna um obstáculo à integralidade em saúde.

Relacionado ainda aos aspectos microsociais estão os problemas pessoais por parte de alguns profissionais no ambiente de trabalho e as relações assimétricas entre os trabalhadores em saúde (CARVALHO, PEDUZZI, AYRES, 2014).

Neste trabalho, observou-se que nenhum participante comentou sobre a existência de conflitos devido à interferência dos problemas pessoais de si mesmo ou de algum outro profissional no contexto do trabalho e apenas uma entrevistada reconheceu uma relação assimétrica entre os profissionais que se constitui como um problema dentro de sua perspectiva profissional, mas não se caracteriza como um conflito:

“(...) não vejo nenhuma perspectiva de futuro para o administrador, porque os cargos aqui são muito políticos (...) É cultural para eles a valorização do médico e enfermeiro.”ESA2

Percebe-se aqui que esta relação assimétrica é um causador de conflito de aspecto microsocial, pois é dinâmico ao trabalho em saúde e também é algo histórico e cultural. O poder médico hegemônico esteve presente nos primeiros modelos de atenção à saúde do Brasil que eram modelos assistenciais curativos (SHERER, MARINO E RAMOS, 2005). Franco e Merhy (1999) acreditam que para que haja a ruptura da “dinâmica medicocentrada” é necessário trabalhar com microprocessos do trabalho em saúde.

Ainda nesta perspectiva, foram observados os conflitos relacionados aos problemas de comunicação entre as próprias gerências e entre elas e os outros profissionais conforme citado por um supervisor administrativo e as gerentes:

“Só que a gerente tinha autorizado ele a tirar uma semana de abono e a informação não chegou até mim. Esse controle de abono é para eu ter.” ESA2

“A minha equipe me questionasse porque eu precisava passar as informações. Eu passo sim, mas não por uma questão de hierarquia né? Mas sim por uma questão de estamos no mesmo espaço físico, então precisamos manter mais ou menos a mesma coisa (...)” EG2

“(...) para falar a mesma língua, porque se não umas equipes vão trabalhar de uma forma, outras vão trabalhar de outras.” EGI

Estes conflitos envolvendo comunicação se tornam ainda maiores nesta Unidade, onde existem duas gerências em uma mesma unidade. A divisão das equipes foi o primeiro passo, porém é possível observar que ainda há serviços comuns as duas gerências como “*central de material esterilizado, vacina, farmácia, setor de marcação de consulta, coleta de exames... - EGI*”

A comunicação é primordial ao trabalho em equipe. Peduzzi (2001) apresentou dois tipos de equipe diferenciando-as na forma como se conduz o trabalho em equipe sendo a equipe agrupamento aquela com uma comunicação externa ao trabalho e muito pessoa e a equipe integração com características de interação entre os profissionais envolvidos. Ela explica que a comunicação entre os profissionais pode dar-se de três formas: Externa ao trabalho, onde a comunicação é utilizada apenas para uma abordagem técnica; De caráter pessoal, quando os sentimentos pessoais de profissionais se sobrepõe ao trabalho e; Dimensão intrínseca ao trabalho em equipe, quando há uma maior integração na elaboração em conjunto de linguagens, objetivos e até cultura comum.

Neste caso, percebeu-se um desejo em comum por parte das gerentes de alcançar a terceira dimensão da comunicação, porém, há fatores que dificultam tal nível de comunicação. Um fator é a fragmentação do processo de trabalho e das equipes, que apesar de estarem em um mesmo local, possuem gerências aos quais são subordinadas, atuando de maneiras distintas.

Foi possível perceber também, nesta gestão compartilhada, a forte busca pelo reconhecimento conforme citado por Axel Honneth (2003) como o grande gerador de conflitos. Ambas acreditam ter maior legitimidade junto aos profissionais que gerenciam, uma pelo fato de ter vindo de uma chefia superior à gerência de serviços e a outra por ter sido a gerente da unidade.

“Eu acho que uma das coisas que levam as pessoas a virem falar comigo, a falar diretamente comigo, é o fato de eu ter sido DIRAPS” EGI;

“Como eu era gerente lá, o pessoal ainda me tem como referência.” EG2;

Apesar das várias concepções, foi consensual entre os supervisores a questão da falta do Acolhimento como um gerador de conflitos. Ao serem questionados sobre em que poderia haver mudança por parte da unidade, os participantes relataram:

“Melhorar o acolhimento, ter a participação não só do técnico, mas do enfermeiro, do médico e dos ACSs. Porque quando você tem pessoas no acolhimento, não só o técnico, a gente consegue resolver problemas diretamente ali, não precisa de uma consulta para estar resolvendo.” ESE1

“(...) e a agente já está fazendo esse processo de mudança, a gente vem trabalhando essa questão de não voltar usuário, porque lá falava, volta mais tarde, volta amanhã, volta semana que vem.” ESE2

“(...) mas as vezes saem muito de setor, deixa o setor sem ninguém para acolher o pessoal entendeu? Aí o pessoal [usuários] reclama muito com a gente disso aqui entendeu? Que fica horas e horas e não aparece ninguém.” ESA1

“Não tem esse contato, esse acolhimento mesmo né? (...) a pessoa [profissional] já chega com grosseria - hoje não tem atendimento! Hoje não é dia de marcação! – que é outra briga que tem aí que é dia de marcação, na Saúde da Família não tem que ter marcação” ESA2

As várias formas citadas de implantação do acolhimento é algo esperado. De acordo com o Caderno de Atenção Básica – CAB, o acolhimento pode ser visto como: um mecanismo de ampliação/facilitação do acesso - quando as equipes não focam suas ações a determinados grupos populacionais tanto no que se refere à agenda programada quanto à demanda espontânea; Postura, atitude e tecnologia de cuidado- no modo como é realizado a escuta aos usuários e suas necessidades, uma forma de construção de vínculos e; Dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe – no modo como as equipes se organizam para o acolhimento (BRASIL, 2013).

O Caderno de Atenção Básica – CAB, Nº 18 (BRASIL, 2013) cita alguns modelos de acolhimento que podem ser adaptados para a Unidade: Acolhimento pela equipe de referência do usuário – quando há um ou mais profissionais realizando o primeiro atendimento e encaminhando casos mais agudos para os médicos da equipe; Equipe de acolhimento do dia – quando há várias equipes em uma mesma unidade e é selecionado um ou mais enfermeiros e técnicos de enfermagem para serem responsáveis pelo acolhimento em determinados dias e os outros profissionais da unidade ficam responsáveis por casos mais agudos; Acolhimento misto – Mediação entre estes dois acolhimentos, onde há um profissional responsável pelo acolhimento e outro responsável pela demanda espontânea e; Acolhimento coletivo – quando toda a equipe se reúne com os usuários de demanda espontânea e realizam, durante determinado horário, no início do funcionamento da unidade, a escuta coletiva dos usuários.

Instrumentos, mecanismos ou dispositivos utilizados pela Gerência para a resolução dos conflitos

Entre as gerências, há formas distintas ao lidar com a resolução dos conflitos. Uma gerente tem preferência pelo Colegiado Gestor e a outra, prefere a resolução sem uma Instância de Pactuação Institucional:

“Montar um colegiado com um representante de cada equipe, e com ela [EG2] né? Com alguém da gestão deles ou...Isso é o que a gente tem que pensar (...)” EG1

“Eu procuro sempre escutar os dois lado envolvidos, porque as vezes um descreve um lado que é favorável e o outro também. Precisa sentar com os dois (...) ouvir as partes envolvidas em um conflito” EG2

Como a saúde é um campo muito complexo, a forma de trabalhar com os conflitos, pode ser dificultosa, porém, satisfatória, a depender do contexto. De acordo com Cunha, Meneses e Oliveira (2013), a existência de práticas para gestão de conflitos pode resultar em um ambiente organizacional mais saudável.

Cecílio (2005) propôs uma “Matriz de análise dos conflitos”, onde é realizada uma análise por coletivos de trabalhadores e a gerência sobre os conflitos vivenciados, primeiramente identificando os conflitos e depois os priorizando. Para facilitar, ele propõe que a matriz contenha quatro colunas: Na primeira, estará o conflito a ser analisado; na segunda, informações sobre os atores envolvidos neste conflito específico; na terceira, como o conflito tem sido visto pela gerência e; na quarta, as novas formas de trabalhar com o conflito.

Este tipo de abordagem, quando possuir um representante de cada grupo (usuários, trabalhadores e gestores), pode contribuir para a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos, tal como sugere a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS (BRASIL, 2012). Além de ser um espaço de interação social entre os profissionais, que facilita o vínculo entre eles, pode ser também um espaço para a discussão dos problemas éticos, que muitas vezes são associados aos conflitos.

Não cabe neste trabalho, encontrar dispositivos utilizados em outros estudos para novas formas de abordar estes conflitos, mas, é válido lembrar que, novamente, os mecanismos citados pelas gerentes trazem a necessidade de refletir sobre a forma como se dá o trabalho em equipe naquela região. A negociação dos conflitos com a mediação por parte de uma gerente com os envolvidos é importante para a resolução do conflito em curto prazo.

Em longo prazo, percebeu-se a dificuldade das gerentes em trabalhar de forma cooperativa com as equipes e entre as gerências, fazer com que todos os profissionais tenham consciência da importância de seu trabalho e em como a interdisciplinaridade pode facilitar este trabalho.

Refere-se aqui a um sistema de co-gestão, onde cada profissional tem autonomia no trabalho em saúde desenvolvido e liberdade para propor e discutir com os demais profissionais sobre as melhores formas de se trabalhar coletivamente e para isto, Pinto e Coelho (2010) sugere a composição de uma agenda em equipe, nela devem conter ações que serão desenvolvidas individualmente e coletivamente pelos profissionais para a população.

A co-gestão permite ainda, que todos se sintam responsáveis pela forma como se dá o processo de trabalho, alterando a responsabilidade centrada no gerente. Dessa forma, um colegiado gestor é também uma ferramenta de co-gestão a depender de como é conduzido, se os participantes têm autonomia e empoderamento sobre o processo de trabalho e assim, poder tanto prevenir como gerir os conflitos vivenciados no cotidiano.

A percepção dos supervisores em relação à ideia de implantação de um Colegiado Gestor na unidade em geral é positiva. Observa-se que é algo bastante discutido na gerência, mas que ainda havia distância entre teoria e prática na Unidade.

Nesta unidade estudada, já houve um colegiado gestor, porém, apenas um supervisor administrativo comentou sobre esta experiência, destacando como algo produtivo, mas que necessita continuidade:

“Agente já fez. (...)São iniciativas que são boas, porém, se elas não tiverem uma continuidade não vai adiantar nada. Na época, se eu não me engano foi porque surgiu o ponto eletrônico e outras mudanças e aí acabou que não retornou as atividades do colegiado e aí pronto, esqueceu-se o colegiado. Deu prioridade a outras coisas.” ASA2

Shimizu e Martins (2014) acompanharam esta implantação e afirmaram que este colegiado se constituía em um espaço de fala coletivo onde havia maior reflexão sobre o processo de trabalho, ajudando também na resolução dos conflitos e que conseguia trazer a gestão em âmbito regional para trabalhar questões relativas à unidade, destacando desta forma a importância de haver esta instância.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia Saúde da Família foi, sem dúvida, um grande avanço na área da saúde, principalmente, pelo olhar diferenciado para o usuário, contemplado de uma forma melhor o princípio da integralidade. Porém, também exige maior vínculo entre os profissionais, o que pode ser um gerador de conflitos.

Dentre os conflitos trabalhados, destacou-se a gravidade da comunicação deficiente entre os profissionais entrevistados, o que sugere mudanças no trabalho em equipe, de forma que não seja fragmentado e que haja contribuição por parte dos profissionais para condução do processo de trabalho e na forma de lidar com os conflitos.

Outro ponto que carece maior atenção diz respeito ao Acolhimento da Unidade. É necessária uma reflexão por parte de todos os profissionais da unidade sobre a forma como o acolhimento está sendo realizado. Este acolhimento deve ser adequado a realidade da unidade.

A forma de trabalhar com estas questões e os conflitos vivenciados apontam também para a necessidade de instrumentos de co-gestão na Unidade. A criação ou o retorno de um espaço coletivo, com os gestores, trabalhadores e representantes de usuários para a discussão e resolução dos problemas e conflitos vivenciados e também sobre os processos de trabalho.

Para que haja uma mudança no processo de trabalho, é necessário trabalhar com as equipes, em conjunto com representantes da comunidade, a prática da Educação Permanente em Saúde, em uma reflexão de como este trabalho em saúde está sendo realizado e nas melhores formas de qualificá-lo.

A ampliação da discussão destes resultados com as gerências e também no colegiado gestor da DIRAPS, que possui periodicidade semanal, poderá contribuir para a estruturação de um projeto de educação permanente no território e a identificação e implementação de dispositivos de gestão de conflitos sugeridos.

REFERÊNCIAS

1. Boudon R. **Tratado de sociologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1995. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=6ei7ZHqL_lkC&oi=fnd&pg=PA9&dq=Conflitos+Tratado+de+sociologia&ots=xDxkiGifgd&sig=4ixmfDZXjbUzF3OZwzJ2FYjJAyg&redir_esc=y#v=onepage&q=Conflito&f=false
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1)
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia Saúde da Família**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php.
5. CARVALHO, Brígida Gimenez; PEDUZZI, Marina; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1453-1462, July 2014. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000701453&lng=en&nrm=iso
6. CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde?** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 508-516, Apr. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2005000200017&lng=en&nrm=iso
7. CIAMPONE, Maria Helena Trench; PEDUZZI, Marina. **Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família**. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 53, n. spe, p. 143-147, Dec. 2000. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672000000700024&lng=en&nrm=iso
8. CUNHA, Pedro; MENESES, Rute; OLIVEIRA, Manuel Cardoso de. **Gestão de conflitos na área da saúde: uma proposta de reflexão**. ArqMed, Porto, v. 27, n. 3, p. 132-134, jun. 2013. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132013000300006&lng=pt&nrm=iso

9. Dicionário Aurélio. Acesso em: 27/09/2016. Disponível em: <https://contas.tcu.gov.br/dicionario/home.asp>.
10. FRANCO, T.; MERHY, E. **Contradições e desafios**. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE ON-LINE, Belo Horizonte – Campinas, 1999. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-17.pdf>
11. FURTADO, Juarez Pereira. **Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 11, n. 22, p. 239-255, Aug. 2007. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000200005&lng=en&nrm=iso
12. HONNETH Axel. **Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais/Axel Honneth**; tradução de Luiz Repa. São Paulo: Editora 34; 2003. 296p.
13. JUNGES, José Roque et al . **Construção e validação do instrumento "Inventário de problemas éticos na atenção primária em saúde"**. Rev. Bioét., Brasília , v. 22, n. 2, p. 309-317, Aug. 2014 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000200013&lng=en&nrm=iso
14. LIMA, Aline Camilo et al. **Problemas éticos na atenção básica: a visão de enfermeiros e médicos**. Cogitare Enfermagem, [S.l.], v. 14, n. 2, set. 2009. ISSN 2176-9133. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/15621>
15. MARIN, Maria José Sanches; MARCHIOLI, Milton; MORACVICK, Maria Yvette Aguiar Dutra. **Fortalezas e fragilidades do atendimento nas Unidades Básicas de Saúde tradicionais e da Estratégia de Saúde da Família pela ótica dos usuários**. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 22, n. 3, p. 780-788, Sept. 2013 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300026&lng=en&nrm=iso
16. PEDUZZI, Marina. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia**. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 35, n. 1, p. 103-109, Feb. 2001 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=en&nrm=iso
17. PINTO, Carlos Alberto Gama; COELHO, Ivan Batista. **Co-gestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de Atenção Básica**. MANUAL DE PRÁTICAS DA ATENÇÃO BÁSICA. SAÚDE AMPLIADA E COMPARTILHADA. Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2010. 411 pp.

18. SALES, Ana Amélia da Rocha; LIMA, Flávia Regina Furtado; FARIAS, Francisca Sônia de Andrades Braga. **Refletindo sobre a administração e negociação de conflitos nas equipes de saúde.** Rev. bras. promoç. saúde. 2007; 20(2): 111-5. Disponível em: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/1011/2172>
19. SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise Elvira Pires de; JEAN, Rémy. **A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3203-3212, Nov. 2013. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001100011&lng=en&nrm=iso
20. SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; MARINO, Selma Regina Andrade; RAMOS, Flávia Regina Souza. **Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas.** Interface (Botucatu), Botucatu, v. 9, n. 16, p. 53-66, fev. 2005 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100005&lng=pt&nrm=iso
21. SHIMIZU, Helena Eri; MARTINS, Teresa. **O apoio institucional como método de análise-intervenção na Atenção Básica no Distrito Federal, Brasil.** Interface (Botucatu), Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 1077-1087, 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000501077&lng=pt&nrm=iso
22. SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino da et al . **Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 49, n. spe2, p. 16-24, Dec. 2015. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000800016&lng=en&nrm=iso
23. SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo et al . **(Bio)ethics and Family Health Strategy: mapping problems.** Saude soc., São Paulo, v. 24, n. 1, p. 113-128, mar. 2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100113&lng=pt&nrm=iso

APÊNDICES

APÊNDICE1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Saúde Coletiva**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa “GESTÃO DE CONFLITOS EM UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE” sob a responsabilidade das pesquisadoras Dais Gonçalves Rocha e Ellen Carollyane Alves Furtado.

O objetivo desta pesquisa é analisar a existência de conflitos nos equipamentos da Região Leste de Saúde do Distrito Federal, bem como sua gênese e consequências para a gestão no nível regional.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de uma entrevista semiestruturada com o objetivo de conhecer características gerais sobre seu trabalho na Atenção Básica bem como sua percepção a respeito dos conflitos encontrados em seu ambiente de trabalho com um tempo estimado de 20 minutos para sua realização.

A entrevista será gravada e posteriormente transcrita sob responsabilidade das pesquisadoras. Será garantido nesta pesquisa o anonimato e sigilo dos dados. Para minimizar possíveis desconfortos, serão utilizados códigos na identificação dos participantes ou em trechos de falas utilizados na redação do artigo. Se você aceitar participar, estará contribuindo para este estudo.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, poderá desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não haverá remuneração por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Faculdade de Ciências da Saúde, na Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Ellen Carollyane pelo telefone (61) 98189-3201 ou também pelo e-mail ellenfurtado18@gmail.com.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE2

Quadro 1: Roteiro utilizado para entrevista em profundidade aos supervisores administrativos e de enfermagem.

Roteiro para entrevista aos profissionais de Saúde
Características gerais sobre a formação e o tempo de trabalho na Atenção Básica
Qual o seu Cargo na Unidade?
Você faz parte de qual equipe?

<p>Que profissionais compõe a sua equipe atualmente?</p> <p>Há quanto tempo trabalha nesta Unidade?</p> <p>Você escolheu trabalhar nesta Unidade?</p> <p>Descreva sua experiência com a Atenção Básica antes de vir trabalhar na Unidade?</p> <p>Pretende continuar trabalhando na Atenção Básica? Por quê?</p>
<p>Percepção a respeito dos conflitos na equipe</p> <p>O que potencializa os vínculos entre você e os usuários/outros profissionais/Gestoras?</p> <p>O que dificultam estes vínculos?</p> <p>Como você avalia a gerência da Unidade? Por quê?</p> <p>O que você acha que poderia mudar no atendimento da sua equipe com os usuários?</p> <p>Quais os conflitos/dificuldades mais comuns vivenciados em seu cotidiano nesta Unidade?</p> <p>Quais destes, você acredita ser necessário à tomada de providência das Gerentes?</p> <p>Em sua opinião, qual a melhor forma de enfrentar estes conflitos?</p> <p>Qual sua opinião quanto ao Colegiado Gestor?</p>

APÊNDICE3

Quadro 2: Roteiro para entrevista em profundidade aos profissionais da Gerência da Unidade.

<p align="center">Roteiro para a gerência do CS</p>
<p>Características gerais sobre a formação e o tempo de trabalho na Atenção Básica</p> <p>Qual sua formação inicial?</p> <p>Antes de ser gerente do CS2 você já teve outras experiências com a Atenção Básica?</p> <p>Para aperfeiçoar a sua atuação como gerente desta Unidade, o que tem feito?</p> <p>Qual sua opinião sobre a gestão compartilhada?</p> <p>Quais as principais dificuldades encontradas na gestão compartilhada?</p>
<p>Percepção a respeito dos conflitos</p> <p>Quais os conflitos mais comuns encontrados na gerência do CS2?</p> <p>Em sua opinião, quais os conflitos que mais incomodam a gestão?</p> <p>Como você vê a influencia destes conflitos para a gestão?</p> <p>Em sua opinião, qual a melhor forma de enfrentar estes conflitos?</p>

ANEXOS
ANEXO 1



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

TERMO DE ANUÊNCIA DE COPARTICIPAÇÃO / CONCORDANCIA

A Dra. **FABIANA LOUREIRO BINDA DO VALE**, Superintendente e a **DANUSA FERNANDES BENJAMIN**, Diretora da Atenção Primária da Região Leste de Saúde do Distrito Federal, estão de acordo com a realização, nesta instituição, da pesquisa **GESTÃO DE CONFLITOS EM UNIDADES BÁSICAS NA REGIÃO LESTE DE SAÚDE DO DF**, de responsabilidade das pesquisadoras **ELLEN CAROLLYANE ALVES FURTADO E DAIS GONÇALVES ROCHA**, com a finalidade de analisar a existência, gênese e consequências dos conflitos para as gerências das Unidades Básicas da Região Leste de Saúde do Distrito Federal, servidores da SES/DF, com previsão de início e 10 / 11 /2016.

O estudo envolve:

- (X) realização de entrevistas;
- () administração de medicamentos;
- () procedimentos clínicos ou cirúrgicos;
- () exames laboratoriais ou de imagem;
- () pesquisa em prontuários;
- () outro: _____

As pesquisadoras responsáveis informam que o projeto de pesquisa está sendo analisado pelo CEP da **Faculdade de Ciências da Saúde** e está ciente que as etapas do estudo envolvendo a **SES-DF** ou **Entidades Vinculadas, somente poderão ser iniciadas** após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/FEPECS-DF.

Brasília, _____ / _____ / _____

Pesquisador Responsável: _____

Assinatura por extenso e/ou carimbo

Responsável da SES-DF ou Entidade Vinculada: _____

Assinatura/carimbo

Chefia responsável pela Unidade: _____

Assinatura/carimbo