



Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia

MICHELLI PEREIRA COSTA

A GERÊNCIA NOS CENTROS DE SAÚDE DA REGIONAL DE CEILÂNDIA/DF

Orientadora: Prof^a Msc. Carla Pintas Marques

BRASÍLIA

2013

MICHELLI PEREIRA COSTA

A GERÊNCIA NOS CENTROS DE SAÚDE DA REGIONAL DE CEILÂNDIA/DF

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia
para obtenção do título de Bacharel em Saúde
Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Msc. Carla Pintas Marques

BRASÍLIA

2013

MICHELLI PEREIRA COSTA

A GERÊNCIA NOS CENTROS DE SAÚDE DA REGIONAL DE CEILÂNDIA/DF

Monografia aprovada em 08 de março de 2013 para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Comissão Examinadora:

Orientadora: Prof.^a Msc. Carla Pintas Marques

Prof.^a Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira

Prof.^o Sergio Ricardo Schierholt

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida, e pelas graças a mim concedida a cada dia...

Aos meus amados pais Lincoln e Enedina, pelo apoio e confiança...

A Universidade de Brasília, professores e colegas de projetos, pois na ousadia de se lançar e que vem às grandes experiências e vivências, essenciais a nossa formação;

Aos meus professores, sendo esses os principais colaboradores para minha formação acadêmica e cidadã.

Agradeço a minha orientadora Carla Pintas, pela dedicação e atenção a mim e a pesquisa e pelas palavras de ânimo.

Aos gerentes que colaboram para a realização dessa pesquisa.

Aos professores Sérgio Schierholt e Clélia Parreira, por aceitarem fazer parte da comissão examinadora da presente pesquisa.

*“Comece fazendo o que é necessário,
depois o que é possível,
e de repente você estará fazendo o impossível”.*

São Francisco de Assis

RESUMO

Com o processo de municipalização da saúde, os municípios tornaram-se responsáveis diretos pela Atenção Básica a Saúde (ABS), com garantia da plena gestão, de forma a acompanhar de perto as necessidades e executar as ações diretas para atender as especificidades locais. O atendimento da AB no Distrito Federal ocorre em Centros de Saúde (CS), onde seus gerentes tem o papel de representar o estabelecimento, e a função de ser chefe de pessoal e cumprir atividades burocráticas. A NOB-SUS/1996 conceitua a função gerencial 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. Essa pesquisa tem como objetivos identificar o papel dos gerentes da Atenção Básica dos Centros de Saúde de Ceilândia/DF, verificar o perfil profissional desses gerentes, as competências e habilidades de gerência desenvolvidas, identificar requisitos para assumir o cargo e verificar necessidades de capacitação para o desenvolvimento da gerência. Trata-se de uma pesquisa descritiva, realizada com aplicação de questionário em sete CS localizados na Regional de Ceilândia. O questionário foi aplicado aos gerentes, composto de perguntas abertas e fechadas, com caracterização do perfil profissional e das atividades e processo de trabalho dos mesmos. Verifica-se que o perfil dos gerentes de CS de Ceilândia/DF está fundamentado, entre outros fatores, na indicação política não havendo pré-requisitos claros. Considerando as exigências das políticas de saúde, as demandas da população, as condições e preparo desses profissionais, o Distrito Federal necessita repensar a capacitação desses gerentes e sua correlação com as possíveis falhas que comprometem a organização da ABS e o efetivo papel dessa gerência.

Palavras-chave: Perfil gerencial. Gerência, Atenção Básica.

ABSTRACT

With the process of municipalization of health, municipalities became directly responsible for the Primary Health Care (PHC), with full assurance management in order to closely monitor the need and execute direct actions to address local specificities. The attendance of Basic Attention occurs in the Health Centers (CS) in Distrito Federal, where their manager's role is to represent the establishment and function of being chief of staff and fulfill bureaucratic activities. The NOB-SUS/1996 conceptualizes managerial function as the administration of a unit or agency of health (clinic, hospital, institute, foundation etc.), which is characterized as a service provider to the system. This research aims to identify the role of managers of Primary Health Centres of Ceilândia / DF, check the professional profile of these managers, expertise and management skills developed, identify requirements for taking office and training needed to verify the management development. This is a descriptive study, conducted with a questionnaire in seven Primary Health Attention Centers located in the Region of Ceilândia. The questionnaire was administered to managers, composed of open and closed questions, with featuring professional profile and activities and working process of the same. It is found that the profile of the managers of Ceilândia / DF is based, among other factors, the political statement with no pre requirements clear. Considering the requirements of health policies, the demands of the population, conditions and preparation of these professionals, Distrito Federal needs to rethink the training of these managers and their correlation with the possible failures that compromise the organization of PHC and effective management of this paper.

Keywords: Profile management, Management, Primary Care.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1-	Distribuição dos gerentes por sexo	23
Gráfico 2-	Distribuição dos Gerentes por Grau de Instrução	24
Gráfico 3-	Distribuição dos Gerentes por Formação Acadêmica	24
Gráfico 4-	Distribuição dos Gerentes por tempo de ingresso no Serviço Público	25
Gráfico 5-	Distribuição dos Gerentes por tempo na Função Gerencial	26
Gráfico 6-	Frequência das Reuniões de Planejamento no CS	27
Gráfico 7-	Frequência de Reunião de Trabalho	28
Gráfico 8 -	Ferramentas Administrativas utilizadas pelos Gerentes nos CS	29

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica em Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Droga
CS	Centro de Saúde
DIRAPS	Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
HRC	Hospital Regional de Ceilândia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Normas operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa Agente Comunitário de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SES/DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL.....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
3. MARCO TEÓRICO	14
3.1 GESTÃO E GERÊNCIA	14
3.2 ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE	16
3.3 A REGIONAL DE SAÚDE DE CEILÂNDIA	19
4. METODOLOGIA	21
5. ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO.....	23
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38
ANEXO 1.....	40
ANEXO 2.....	44
ANEXO 3.....	48

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado no Brasil pela Constituição Federal de 1988, como um sistema público de saúde de caráter universal e de direito de todo cidadão. Com isto, a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado. É regulada pela Lei nº 8.080/90 e a Lei nº 8.142/90, e regulamentada pelo atual Decreto Presidencial nº 7.508/2011. A implementação do SUS conta ainda com as Normas Operacionais Básicas (NOB), importante instrumento de mudança no processo de descentralização das responsabilidades entre as três esferas de governo, na divisão de recursos e serviços.

A saúde passa a ser de responsabilidade das três esferas de governo no âmbito federal, estadual e municipal. Cada uma dessas esferas de governo é responsável pelo cumprimento das diretrizes previstas em leis e divisão de recursos para desenvolvimento e prestação de serviços de saúde (BRASIL, 1997). Cada esfera de governo é representada pelos gestores do SUS, designados para o desenvolvimento de funções do Executivo na saúde: no âmbito nacional, o Ministro da Saúde; no âmbito estadual, o Secretário de Estado de Saúde; e no municipal, o Secretário Municipal de Saúde. Sua atuação se faz por meio do exercício das funções gestoras na saúde, definida como “um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão, necessários para a implementação de políticas na área da saúde” (SOUZA, 2002).

A NOB-SUS/1996 (BRASIL, 1997) foi um importante instrumento para o processo de responsabilização e descentralização da gestão na assistência em saúde, principalmente em relação aos municípios que passaram a coordenar de forma direta a Atenção Básica (AB). A municipalização tem como estratégia garantir ao município plena gestão, de forma a acompanhar de perto as necessidades e executar as ações diretas para atender as especificidades locais. A descentralização possibilita o melhor planejamento, monitoramento, avaliação, controle dos recursos financeiros entre outros fatores para melhor atender suas cidades.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006), aprovada em março de 2006, pela Portaria nº 648/GM estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). De acordo com a política a AB tem como princípios gerais: atender no âmbito individual

coletivo, através de um conjunto de ações que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, voltado para populações de territórios delimitados.

Tal política (BRASIL, 2006) descreve as competências de responsabilidade referente a cada esfera de governo, e a atribuição específica de cada profissional da saúde que compõem as equipes de PSF e PACS, cabendo ao gestor ampliá-las conforme as necessidades locais. Percebe-se nas leis citadas anteriormente e na política da AB que o gestor tem muito a fazer. Fala-se muito que o problema na saúde se encontra na gestão. Verificando a PNAB, com o intuito de direcionar o trabalho do gerente das Unidades Básicas de Saúde (UBS) verifica-se que na mesma não explicita quem deve ser e qual o papel desse gerente e, também, não fica claro que preparação e formação são necessários para o desempenho da função de gestor e gerente.

Ressalte-se aqui o conceito das funções de gestão e gerência definidas pela NOB-SUS/96 (BRASIL, 1997, p.8) como sendo: gestão 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; e gerência é conceituada 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.

A implementação da descentralização administrativa requer dos municípios preparo para gerir seus sistemas públicos de saúde, com autonomia para organizar as ações necessárias para o que lhe pareça apropriado. Esse processo tem encontrado dificuldades diversas, devido à falta de preparo técnico e econômico das gerências (FRACOLLI, 2001). A temática gerencial está sempre voltada a gestão macro e para o papel das três esferas de governo, faltando um direcionamento para o trabalho gerencial das micro áreas de gerência.

Alguns autores identificam que o perfil desses gerentes, são de profissionais da saúde indicados ou promovidos para o cargo de gerência, muitas vezes sem nenhum preparo prévio, e quando passam por um curso de capacitação, o mesmo

não é suficiente para orientá-los nas diversidades que seu trabalho lhe impõe. (ALVES et al., 2004; FERREIRA, 2004; FRACOLLI et al., 2001;).

Partindo dessa lógica, procurou-se identificar o perfil desse gerente de Centros de Saúde (CS) da Regional de Saúde de Ceilândia/DF, buscando verificar e apontar as possíveis falhas que comprometem a organização da AB e o efetivo papel dessa gerência.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar o papel dos gerentes da Atenção Básica dos Centros de Saúde de Ceilândia/DF.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar o perfil profissional dos gerentes da AB dos CS de Ceilândia/DF.
- Verificar as competências e habilidades de gerência desenvolvidas pelos gerentes da AB dos CS da Ceilândia/DF.
- Identificar requisitos para assumir o cargo de gerente dos gerentes da AB dos CS da Ceilândia/DF.
- Verificar necessidades de capacitação para o desenvolvimento da gerência.

3. MARCO TEÓRICO

Nesta parte do trabalho serão apresentadas o referencial teórico como base ao desenvolvimento do estudo, com conceitos, revisões e apresentação de aspectos que caracterizam o serviço no Centro de Saúde e a ação gerencial.

Consta o que é a gestão e gerência, as competências e ações necessárias ao papel do gerente. Temos também referência da atenção básica para direcionamento do que é proposto e orientação para efetivação dos serviços à população. Como também a caracterização do serviço na regional de saúde de Ceilândia.

3.1 GESTÃO E GERÊNCIA

A NOB-SUS/96 (BRASIL, 1997) tem a finalidade de orientar o poder público municipal e do Distrito Federal sobre exercício da função de gestor da atenção à saúde de seus municípios, redefinindo as responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS.

Não compete somente aos poderes público estadual e federal, a responsabilidade de garantir a prestação de algum tipo de serviço de saúde, assim como a gestão de um sistema que atenda, com integralidade, à demanda das pessoas pela assistência à saúde e às exigências sanitárias ambientais, mas cabe também ao poder público municipal a plena responsabilidade de gestão, sendo os poderes públicos estadual e federal corresponsáveis, em suas respectivas competências ou na ausência do município. Como forma de aperfeiçoar a gestão dos serviços de saúde no país e a própria organização do Sistema, passa o município a ser o responsável pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde de seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território (BRASIL, 1997).

Para aperfeiçoar a gestão do SUS e para uma reordenação do modelo de atenção à saúde, a NOB-SUS/96 redefine os papéis de cada esfera de governo e os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do

SUS. Ressalte-se ainda que independente da gerência dos estabelecimentos prestadores de serviço serem estadual ou privada, a gestão do sistema municipal é de competência e exclusividade do poder público municipal. Assim, a NOB-SUS/96 conceitua gestão e gerência como sendo:

“gerência é a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema. Por sua vez, 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,1997).

Fernandes et al. (2009) apontam que historicamente, a gerência era apenas executora das ações planejadas no âmbito federal, não executava ações de planejar, desenvolver e avaliar políticas de saúde, trazendo à tona a competência gerencial como um fator preocupante para a implementação de um sistema regionalizado, hierarquizado e participativo.

O profissional atuante na gerência precisa adquirir competências gerenciais, definida como o “conjunto de características percebidas nas pessoas que envolvem conhecimentos, habilidades e atitudes que levam a um desempenho superior (BOOG; BOOG, 2002)”.

É preciso um profissional equilibrado para lidar com as necessidades da população, superar os desafios do serviço, e competência para enfrentar os possíveis conflitos interpessoais dentro da organização (FERNANDES et al., 2009).

O decreto nº 45.986/2008 (MINAS GERAIS, 2008) menciona as características de competências gerenciais essenciais para determinar o perfil dos gerentes, sendo ele aquele que lidera equipe; possui senso de direção; comprometimento; capacidade de planejar; tenha visão global e local; capacidade de análise e síntese; que faz implementação equilibrada das políticas públicas; capacidade de gerir pessoas; gerar resultados efetivos e saiba compartilhar informações e conhecimentos.

Fernandes et al.(2009) citam que a reorientação das funções gerenciais visam consolidar os princípios do SUS e transformar as práticas em saúde, criando condições para o direcionamento do processo de trabalho, para o desenvolvimento de serviços, aplicação de recursos necessários, melhoria nas relações interpessoais, resolutividade e satisfação dos usuários. Cabendo também a gerência ter um caráter

articulador e integrativo, sendo a ação gerencial determinada e determinante no processo de organização de serviços de saúde e um instrumento para a efetivação das políticas.

3.2 ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE

Internacionalmente a concepção de Atenção Primária a Saúde - APS vem como estratégia de organização da atenção a saúde, com o objetivo de atuação regional, buscando atender as necessidades de saúde de uma população. Com a reforma sanitária, o Sistema Único de saúde adota a denominação de Atenção Básica a Saúde (ABS), como reorientação do modelo assistencial, do sistema universal e integrado de atenção à saúde (MATTA, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (OMS,1979) define Atenção Primária à Saúde como:

“uma atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, cujo acesso seja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação, a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas as etapas de seu desenvolvimento, com espírito de auto-responsabilidade e autodeterminação. A atenção primária é parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual se constitui como função central e núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde residem e trabalham as pessoas, constituindo o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária” (OMS, 1979).

Com a luta e reivindicação do movimento sanitário, somado a criação do SUS através da Constituição Federal de 1988 e pela sua regulamentação na Lei 8.080/90, foi construída a Política Nacional de Atenção Básica, com vistas à reorientação do modelo assistencial, tornando-se o primeiro nível de atenção à saúde, a porta de entrada do sistema de saúde, de proximidade com os mais interessados: a comunidade, famílias e indivíduos. A Atenção Básica desenvolve-se a partir de alguns princípios do SUS: a universalidade, a descentralização, a integralidade e a participação popular, conforme pode ser visto na Portaria 2.488/2011(BRASIL, 2011), que aprova a PNAB e defini a Atenção Básica:

“um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. “A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral”(BRASIL, 2011).

Ainda segundo a citada Portaria (BRASIL, 2011) a PNAB é regida por fundamentos e diretrizes, sendo eles:

Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território sempre em consonância com o princípio da equidade; Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde; o estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação

da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção; Adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado; Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais assim como um alto grau de articulação entre os profissionais é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica; e Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes

de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.

Destacam-se aqui algumas das competências requeridas a secretarias municipais de saúde e do Distrito Federal para organização e execução de ações em seus territórios, conforme a PNAB (BRASIL, 2006): Garantir infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas; Selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, inclusive os da Saúde da Família, em conformidade com a legislação vigente; Programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local; e Desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica.

Dentre os atributos de processos de trabalho das equipes da atenção básica preconizada pela PNAB (BRASIL, 2006) ressaltamos: definição do território de atuação das UBS; programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea; e participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações.

A Atenção Básica é atualmente estruturada por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS), fundamentais na organização, reorientação e expansão da AB (BRASIL, 2011).

3.3 A REGIONAL DE SAÚDE DE CEILÂNDIA

O Plano de Assistência à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) prioriza a assistência primária e preconiza um sistema regionalizado e hierarquizado; por meio de uma rede de serviços, composta de Postos de Saúde, Centros de Saúde, Hospitais Regionais, Hospital de Base do Distrito Federal, Hospital de Apoio, Hospital São Vicente de Paulo, Instituto de Saúde Mental, Diretoria de Saúde do Trabalhador, Centro de Orientação Médico-

Psicopedagógica, Laboratório Central de Saúde Pública e Central de Radiologia de Taguatinga, interligadas por um Sistema de Referência e Contra-Referência (SES/DF, 2007).

Por não possuir municípios a descentralização no Distrito Federal é apenas de serviços com a criação de 15 Regionais de Saúde, essas regionais de saúde estão divididas em 7 Regiões de Saúde, conforme preconizado pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS/02) (SES/DF, 2007).

A Diretoria Regional de Saúde de Ceilândia faz parte da Região de Saúde Centro Oeste, trata-se também de uma das regiões administrativas do Distrito Federal, considerada a maior em número populacional com aproximadamente 600.000 habitantes. O serviço público de saúde dessa regional é coberto por um hospital Regional e por 12 Centros de Saúde (SC), sendo que o CS nº1, que fica ao lado do Hospital Regional da Ceilândia (HRC), passou a funcionar como Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) (SES/DF, 2007).

Os Centros de Saúde contam com atendimento em ações básicas como sala de pré-consulta do adulto, da mulher e da criança, teste do pezinho, sala de injeções e curativos, sala de imunização, nebulização, coleta de exames laboratoriais e dispensação de medicamentos. Dispõem de modo geral das especialidades de clínica médica, pediatria, ginecologia/obstetrícia, odontologia, serviço social e nutrição. E de programas especiais de hipertensos, diabéticos, DST/AIDS, automassagem, imunização, assistência ao idoso, planejamento familiar, tisiologia, cárie zero, tuberculose, hanseníase entre outros (SES/DF, 2007).

4. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva que segundo Gil (2002, p.42) tem o objetivo de descrever características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis.

A pesquisa foi realizada na Regional de Saúde de Ceilândia/DF, composta por 11 CS, porém optou-se por uma amostra de 7 unidades, correspondente a 60% dos centros de saúde. Não houve identificação dos CS e dos gerentes dessas unidades, mantendo-se o sigilo dos mesmos.

O levantamento das informações foi realizado através de questionário semi estruturado (Anexo 1), composto de 21 questões, sendo 9 abertas e 12 fechadas e um espaço para complementação de informações a critério do entrevistado. O questionário procurou caracterizar o perfil profissional e as atividades e processo de trabalho desses gerentes.

O questionário foi validado utilizando-se do trabalho de Gomes et al (2008) “O perfil Técnico Gerencial dos Gerentes das Unidades Básicas de Saúde no Município de Maceió”, com pequenas adaptações.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS/DF, parecer nº 143.826 (Anexo 2). O parecer aconselhou a realização de uma amostra, e não uma pesquisa em todos os CS, mesmo já tendo sido coletado as assinaturas de todos os gerentes através de um Termo de Concordância. O motivo seria de que poderia haver situações constrangedoras, estigmatizantes e de assédio moral com a publicidade da pesquisa.

Os questionários foram aplicados no período de novembro a dezembro de 2012, com entrega de um envelope não identificado contendo o questionário e duas copias do Termo de Consentimento Livre esclarecido (Anexo 3), sendo uma via para o participante e outra para o pesquisador de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Os participantes foram abordados em seus respectivos locais de trabalho, em horário previamente agendado, onde foi explicado o objetivo da pesquisa e a importância de sua participação, assegurando a preservação do sigilo e anonimato

dos mesmos. As respostas ao questionário foram feitas na sala de trabalho dos entrevistados, durante o horário de expediente dos mesmos.

Os dados coletados foram consolidados utilizando-se o programa Excel 2007 e distribuídos em gráficos. As questões abertas foram avaliadas de acordo com o seu conteúdo com abordagem qualitativa.

Para identificação dos gerentes, foi utilizada a nomenclatura entrevistador e um número arábico, nomeando-os de forma aleatória em E1, E2, E3, E4, E5, E6 e E7. Ressalte-se de que não houve nenhuma correspondência entre número do entrevistador com o número do CS avaliado.

5. ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO

Apresentaremos os resultados da pesquisa de campo feita através da aplicação de um questionário a sete gerentes de CS de Ceilândia/DF, que se propuseram a responder voluntariamente às perguntas.

Os dados analisados refletem a visão desses sujeitos, inclusive de suas limitações frente às competências gerenciais a serem desempenhadas.

Dentre os onze gerentes que fazem parte da Atenção Básica da regional de saúde de Ceilândia/DF, sete foram convidados a participar dessa pesquisa. Sendo estes 71% do sexo feminino e 29% do sexo masculino, com base nessa informação verifica-se tratar de uma regional de saúde com predominância de gerência feminina (Gráfico 1).

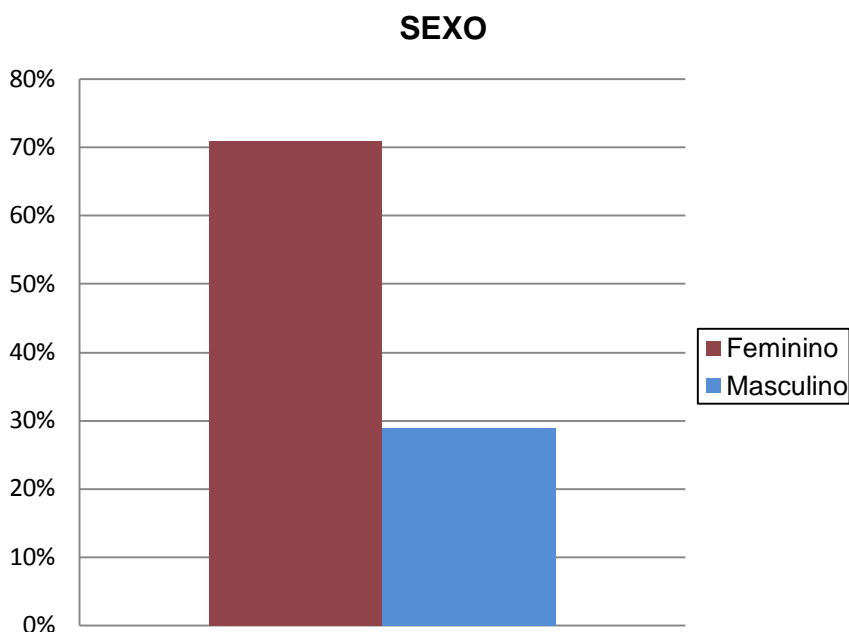


Gráfico 1- Distribuição dos gerentes por sexo. Ceilândia/DF, 2012.

A faixa etária dos entrevistados é de 36 a 55 anos de idade, e 57% dos gerentes se encontram com 46 a 55 anos, demonstrando que os mesmos se encontram em uma fase de maturidade profissional para o exercício do cargo.

Todos os gerentes entrevistados tem formação de nível superior (Gráfico 2), são graduados em cursos da área da saúde, a saber odontologia, enfermagem, medicina, conforme o gráfico 3. Tem-se aí um perfil de profissionais ligados a saúde,

considerado como ponto positivo para o desenvolvimento do cargo gerencial, mas que nem sempre é garantia de competências e de um bom gerenciamento.

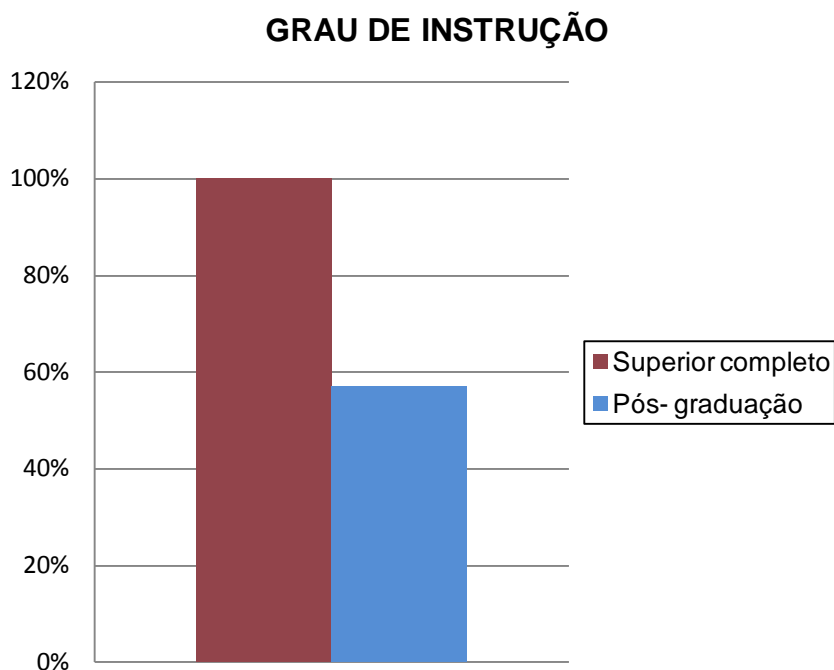


Gráfico 2- Distribuição dos Gerentes por Grau de Instrução. Ceilândia/DF, 2012.

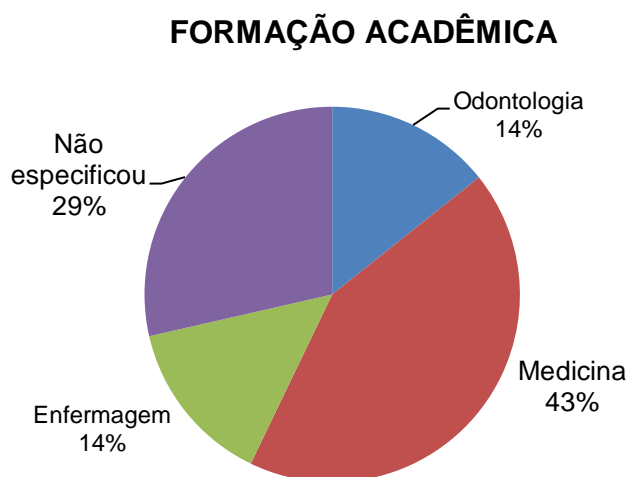


Gráfico 3 – Distribuição dos Gerentes por Formação Acadêmica. Ceilândia/DF, 2012.

Tem-se nessa amostra o perfil de gerentes com nível de formação superior em cargo de gerência, ainda que estudos mostrem haver gerentes de nível fundamental e médio atuando juntamente com os de nível superior em determinado local (GOMES et al, 2008). Outros ainda apontam ser a o curso de enfermagem o que melhor prepara para essa função, antes exercida por médicos que se dividiam com as funções clínicas (ALVES et al,2004).

Dos entrevistados, 57% também somam a seus currículos a pós-graduação, os citados foram: Residência em Pediatria, Hematologia e Oncologia pediátrica, Saúde Pública e Pediatria. Houve um entrevistado que não especificou a pós-graduação.

Todos os participantes ingressaram no serviço público por meio de concurso, e são do quadro efetivo da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, sendo que 43% deles estão no serviço público de 1 a 10 anos. Outros 43%, de 11 a 20 anos no serviço público, e por serem jovens apenas 14% tem ingresso há mais de 21 anos (Gráfico 4).

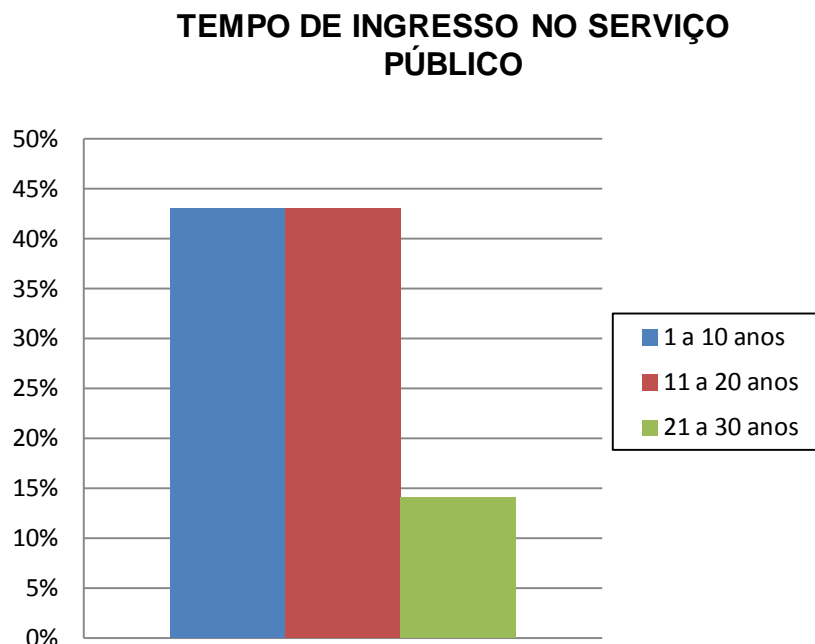


Gráfico 4- Distribuição dos Gerentes por tempo de ingresso no Serviço Público. Ceilândia/DF, 2012.

Quando interrogados sobre a atividade que exerciam antes da função gerencial, os mesmos informaram que atuavam na profissão referente à formação acadêmica.

Observa-se que o tempo de menos de 1 ano na função gerencial em relação ao tempo de servidor público representa 71% dos entrevistados, seguido de 14% para o período de 1 a 2 anos e 14% para mais de 2 anos. O servidor com mais tempo na função gerencial esta há 7 anos, ressalte-se que o mesmo passou por diversas instituições de saúde, além do atual CS (Gráfico 5).

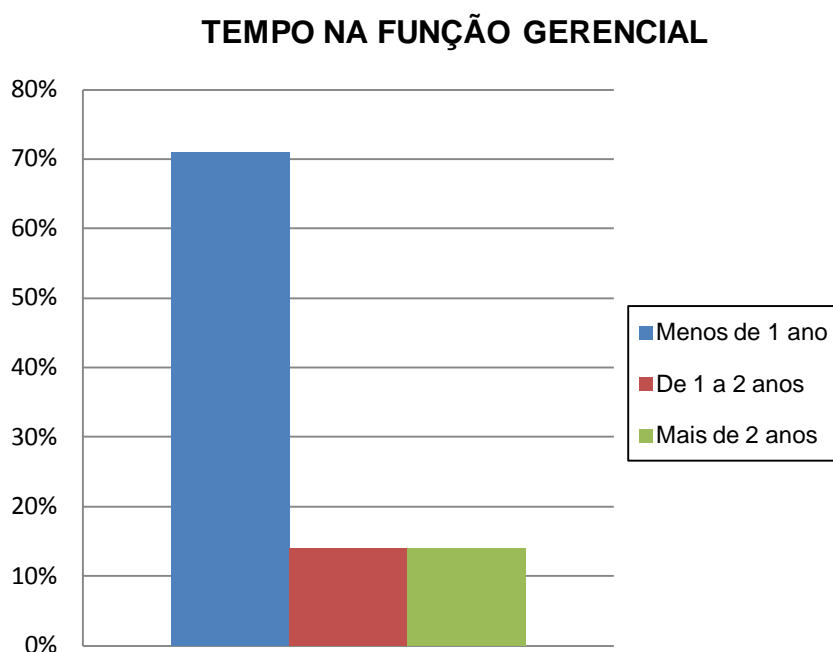


Gráfico 5- Distribuição dos Gerentes por tempo na Função Gerencial. Ceilândia/DF, 2012.

Para este pouco tempo na gerência, supõe-se que seja por conta da reorganização política da regional de Ceilândia/DF, conforme publicado no Diário Oficial do Distrito Federal em 15 de março de 2012, referente a troca do Coordenador Geral, da Coordenação Geral de Saúde da Ceilândia, da Subsecretaria de Atenção à Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Quando questionados sobre a participação em capacitação prévia para o desempenho da função gerencial, 71% responderam não ter participado de nenhuma capacitação específica para gestor e 29% informou ter realizado o curso de Qualificação dos Gestores do SUS oferecido pela Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ).

E quando arguidos se houve participação em capacitação na área de gestão durante o exercício de gerente, 57% informa que não participaram de nenhuma capacitação específica. Outros 43% informam ter participado do curso Qualificação de Gestores do SUS – FIOCRUZ.

Com esses dados assinala-se a necessidade de atuação da educação permanente, de modo a apoiar e preparar esses profissionais para o cargo de gerência, conforme é preconizado pela própria Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009), sendo a prática da função gerencial um ponto a ser pactuado no plano de educação permanente do Distrito Federal.

Houve ainda a dúvida em relação à resposta afirmativa de realização de capacitação tanto antes quanto durante o exercício de gerente, pois foi citado o mesmo curso, Qualificação de Gestores do SUS – FIOCRUZ.

Quanto à prática de reuniões de planejamento nas atividades do Centro de Saúde, 57% responderam que realizam a reunião de vez em quando, 29% disseram realizá-las mensalmente e 14% a realizam semanalmente (Gráfico 6).

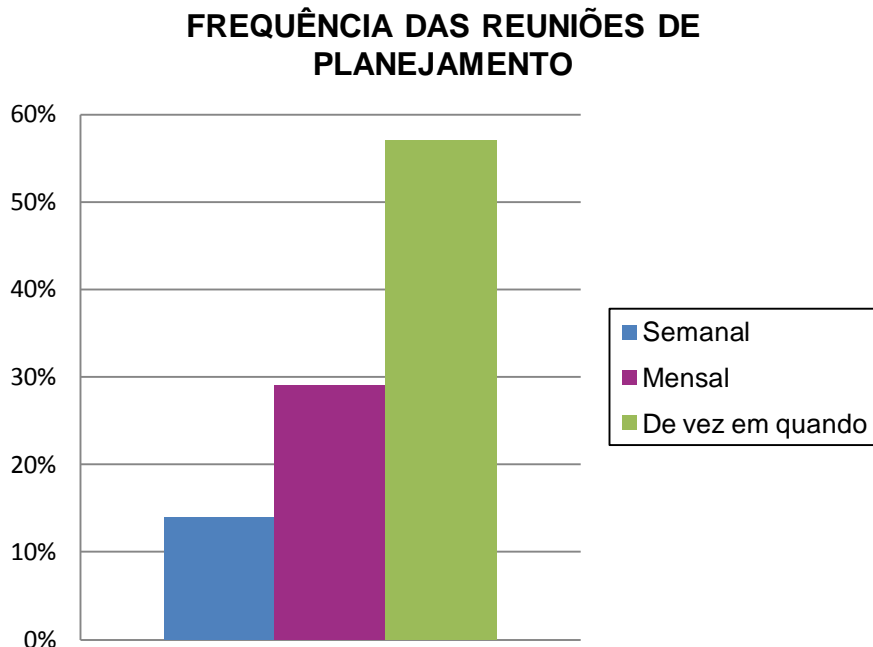


Gráfico 6- Frequência de Reuniões de Planejamento no CS. Ceilândia/DF, 2012.

Parece haver pouca programação das atividades desses profissionais. E cabe aqui o registro de um entrevistador (E2) "os problemas são resolvidos em reuniões com as chefias subordinadas à medida que vão acontecendo".

Fernandes et al. (2010) em seu estudo sobre “Análise da Atuação do Enfermeiro na Gerência de Unidades Básicas de Saúde”, ressalta o apontamento dos gerentes para a importância de se ter e executar o planejamento, pois o mesmo facilita o alcance de metas e objetivos, propiciando o controle e estímulo das atividades realizadas no CS.

Quando verificamos quais são os participantes das reuniões de planejamento, todos (100%) os entrevistados responderam que apenas direção é quem participa das mesmas.

Cabe aí discutir que se não há uma rotina de reunião e de planejamento, e a direção do CS é o próprio gerente, onde se dá a integração com os demais trabalhadores e comunidade? Revela-se uma falta de integração do gerente com os demais profissionais da sua unidade e com a comunidade, fator esse essencial para a eficácia da prestação de serviço à comunidade e para o bom desempenho da equipe multiprofissional.

Para a prática de reunião de trabalho, 57% disseram realizá-las de vez em quando, outros 29%, realizam mensalmente e 14% semanalmente (Gráfico 7).

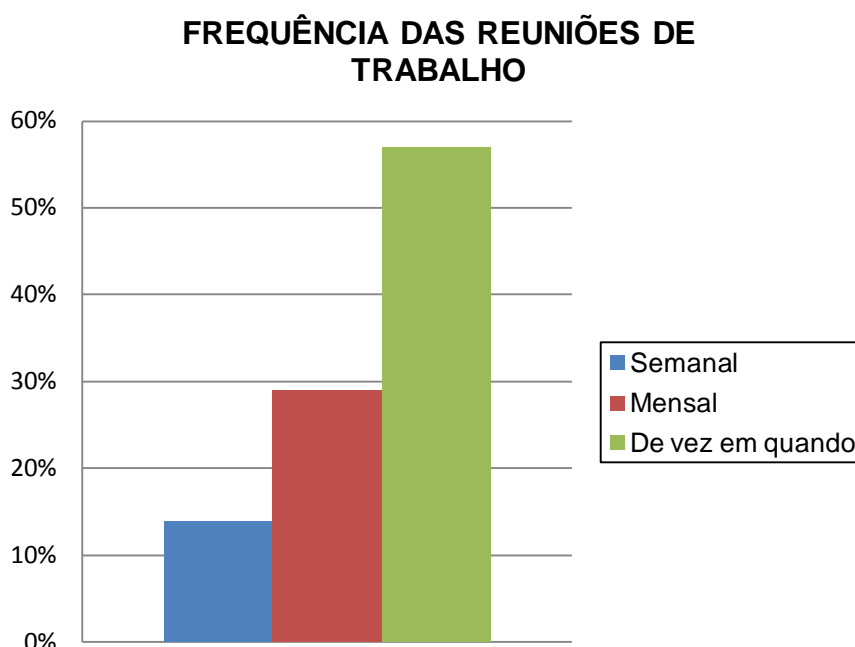


Gráfico 7- Frequência de Reuniões de Trabalho. Ceilândia/DF, 2012.

Podemos refletir também que não há uma preocupação de se manter frequência em reuniões de trabalho, o que nos leva a crer que a operacionalização

da divisão de trabalho, com relação ao que cada profissional tem e pode cooperar com o serviço, fica a desejar.

E sobre quem são os participantes dessas reuniões de trabalho, 57% informam a participação da direção e funcionários. Outros 14% informam que há participação de funcionários, 14%, a direção, funcionários e comunidade participam juntos e outros 14% disseram ser apenas as chefias. Aqui entendemos que apenas a chefia de equipes e não o gerente são os participantes das reuniões de trabalho.

Ao menos quando ocorrem essas reuniões predomina a participação da direção e funcionários, sendo evidente que se trata de assuntos de trabalhos internos e de tomadas de decisão.

As ferramentas administrativas mais utilizadas pelos gerentes nos CS são: avaliação de desempenho com 86%, seguida de 57% para planejamento estratégico situacional e 57% para relatório de resultado de trabalho (Gráfico 8). Como podiam marcar mais de uma ferramenta, as três citadas acima foram as mais marcadas, pois parecem que são utilizadas de forma frequente, devido a questões burocráticas ligadas a gratificações, plano de carreira, para lançamentos no planejamento da secretaria de Saúde e planejamento local, entre outras.

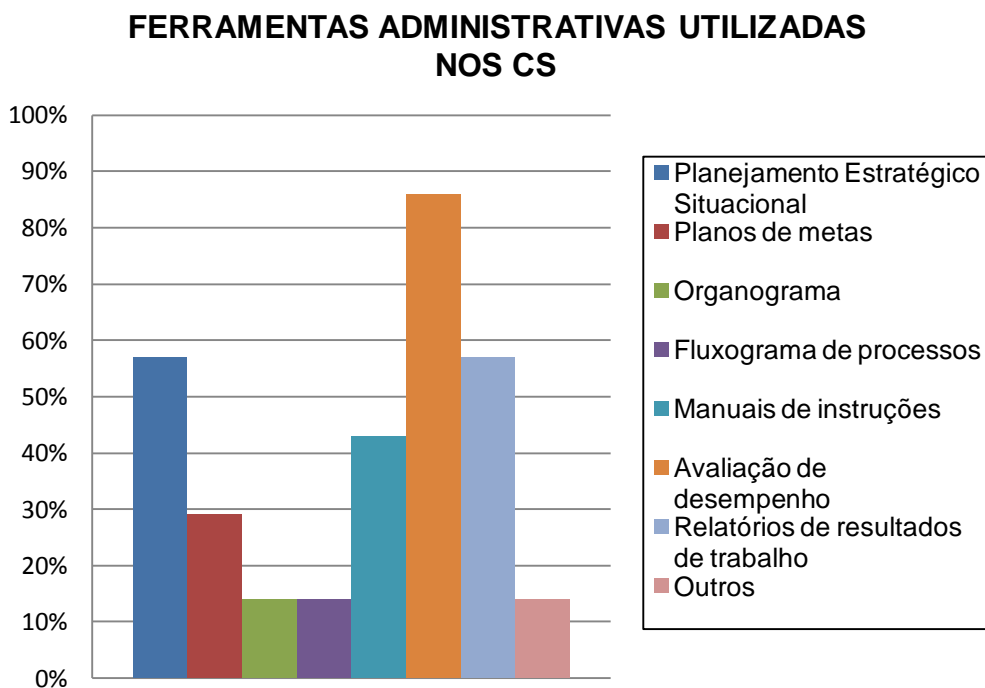


Gráfico 8 - Ferramentas Administrativas utilizadas pelos Gerentes nos CS. Ceilândia/DF, 2012.

Já que fazem uso do planejamento estratégico situacional, uma ferramenta disponibilizada pela própria Secretaria de Saúde deveriam fazer maior uso de planos e metas e conseqüentemente um leva ao outro, assim como o relatório de resultado de trabalho todos precisavam fazer para retro alimentação do plano de metas.

Parece que os entrevistados não tinham o entendimento do conceito e por falta de preparo específico, confundiram com outros instrumentos utilizados no cotidiano de suas práticas. Para tanto, apresentamos o que vem a ser o planejamento estratégico situacional conforme é proposto por Carlos Matus.

O planejamento estratégico situacional é um método de planejamento situacional onde o ator que planifica está dentro da realidade e coexiste com outros atores que também planificam. Situação é o lugar onde estão os atores e suas ações (MATUS, 1982). Planeja quem governa, quem tem a capacidade de decidir e a responsabilidade de conduzir, considerando a limitação de recursos que atravessam as diferentes dimensões da realidade (MATUS, 1992).

Segundo Matus (1992) planeja quem também gerencia, pois a única forma do planejamento funcionar é respondendo as necessidades da gestão; planejar é uma forma de organização para a ação.

O planejamento é constituído por quatro momentos não seqüenciais, o momento explicativo equivalente ao diagnóstico, onde são selecionados problemas e discutidas suas causas ao nível dos fenômenos e das estruturas sociais básicas. Um momento normativo o desenho do “deve ser”. Momento estratégico de análise e construção da viabilidade política: a discussão do poder. E o momento tático operacional de tomadas de decisão e de realização da ação concreta (MATUS, 1992).

Quando perguntados sobre como se definiam como líderes, todos se definiram como líderes democráticos. Porém, 43% marcaram além de liderança democrática, também o estilo humanitário e 14% se definiram como líderes autoritários fortes. Não foi dada a definição dos estilos de liderança a nenhum dos participantes, pois subentendemos que os entrevistados já conheciam essas definições.

Acredito que por se definirem como democráticos deveriam relatar maior contato e incentivo aos funcionários e comunidade em participar e opinar no CS, o que não foi verificado nas questões que abordaram as reuniões de planejamento e

as reuniões de trabalho. Os estilos de liderança apontados pelos gerentes – democrático e humanitário, são considerados ideais para este tipo de organização, porém seria necessário saber a opinião dos funcionários e usuários.

Tendo o gerente que liderar equipes, esboça-se aqui o que é descrito por Chiavenato (2003) em relação à liderança e o ser líder. Cabendo ressaltar que não faremos discussão sobre a “melhor” ou “pior” forma de liderar, apenas uma descrição sucinta de cada uma dessas modalidades.

A liderança influencia o comportamento das pessoas, segundo a Teoria das Relações Humanas. Sendo a liderança necessária em todas as organizações, e nas funções da administração, o administrador passa a conhecer a natureza humana e assim conduz as pessoas, caracterizando o que é liderar.

Os estilos de liderança estão relacionados ao estilo de comportamento do líder em relação aos seus subordinados, faremos referência a características de três estilos de liderança: autoritária, liberal e democrática. Na liderança autoritária, o líder centraliza as decisões e impõe suas ordens ao grupo, sem nenhuma participação dos mesmos; determina a tarefa de cada um e o seu companheiro de trabalho; é dominador e “pessoal” nos elogios e nas críticas ao trabalho de cada membro (CHIAVENATO, 2003).

A liderança liberal caracteriza o líder como aquele que delega as decisões ao grupo e deixa-o completamente à vontade e sem controle algum. Há liberdade para decisões grupais e individuais e mínima participação do líder. Participação do líder é limitada, apenas apresenta os materiais variados ao grupo. A divisão de tarefas e escolhas de companheiros fica a cargo do grupo. O líder não avalia o grupo, apenas comenta as atividades quando perguntado (CHIAVENATO, 2003).

No estilo de liderança democrático, o líder conduz e orienta o grupo e incentiva a participação democrática das pessoas. O grupo esboça providências e pede aconselhamento ao líder, que sugere alternativas para o grupo escolher. As tarefas ganham novas perspectivas com os debates e a divisão de trabalho é definida pelo grupo e tem liberdade de escolha de seu companheiro. O líder procura ser um membro normal do grupo, em espírito; é “objetivo” e limita-se aos “fatos” nas críticas e elogios (CHIAVENATO, 2003).

Quando foi questionado junto aos entrevistados, os tipos de capacitação que julgam ser necessária para o desempenho da gerência foram destacados com 71%

Gestão de Pessoas, 71% Planejamento em Saúde, 57% Políticas Públicas de Saúde e 57% Sistemas de Informação em Atenção Básica.

Verifica-se o quão necessitados são por capacitação, e as opções mais listadas revelam pontos cruciais e importantes para o bom desenvolvimento da gerência. Com a falta de planejamento e por não possuírem capacitação suficiente de como fazê-lo, o apontamento dessas áreas que são os pilares da gestão, nos mostra um indicativo importante de que a formação desses profissionais deve ser revista.

Quando perguntados se o gestor distrital oferece as condições necessárias para o desenvolvimento da prática gerencial, todos referiram que recursos humano e material são escassos e acontecem com frequência. Isso leva a transtornos importantes na prestação do serviço ofertado à população.

Merece destaque o entrevistador E6 que relata: “Além disso, somos pressionados constantemente a liberar servidores para treinamentos, que visam implantar novos serviços sem os devidos recursos inerentes a aquela atividade.” Parece contraditório esse relato de liberação de funcionário para treinamento, ser visto como algo negativo, mas creio que o apontamento do gerente se faz devido a necessidade que ele tem de funcionários e ter que libera-lo para uma atividade que não será efetivada em seu CS, pela falta de recursos. E não pelo simples fato de liberar para treinamento, que é algo positivo. Potencializando outros relatos de que o apoio do gestor distrital é restrito, que falta planejamento na gestão.

Os gerentes foram perguntados se conhecem o perfil da população da área de abrangência do CS e como chegaram a tal informação. Todos relatam conhecer o perfil da população a qual são responsáveis, e como respostas descreveram:

E1 - população idosa, informação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);

E2 - através de visitas a região avaliando condições sanitárias e sociais, avaliando a frequência das doenças prevalentes;

E3 - pela sala de situação;

E4 - por ser moradora da área e pelos dados do IBGE;

E5 - através de informação da coordenação da regional e das equipes de PSF e PACS;

E6 - informação parcial, através de oficina de planificação de redes;

E7 - levantamento feito pelo IBGE, dados das salas da criança, da mulher e outros.

Verifica-se que não existe uma uniformidade para a coleta desses dados ou informações, o gerente não tem a informação do perfil de sua população, a mesma não é subsidada pela secretaria de saúde e parece não haver um consenso na regional de saúde de qual é a melhor fonte. Cada localidade tem suas peculiaridades, necessárias ao conhecimento para executar o planejamento e assim as atividades de trabalho.

Dos sete gerentes participantes desse estudo somente dois (E3 e E4) disseram possuir conselho gestor em seu CS. Um entrevistado relata que as reuniões não têm ocorrido com frequência, mas que seriam mensais; e outro informa ocorrer reuniões mensais com a participação dos gestores, funcionários e comunidade.

Nos CS que não possuem conselho, três entrevistados (E1, E5, E7) relataram que se encontra em processo eleitoral e dois (E2, E6) iriam procurar organizá-los. Um entrevistado (E6) relata que apesar da resistência por parte dos trabalhadores e usuários iria tentar implantar o conselho gestor.

Ressalta-se aqui que a criação do conselho gestor no CS é amparada pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.142/90, que define o arcabouço jurídico-legal e expressa à ideologia da participação comunitária no SUS, através do processo construído nas conferências de saúde e nos conselhos de saúde nas três esferas de governo. E no surgimento de conselhos regionais, locais e gestores de unidades de saúde que vem ocorrendo no país.

Solicitados a citarem suas atividades no CS, os gerentes relatam:

E1 - Gerenciar as reuniões tanto no centro como com a coordenação da regional.

E2 - Organização de escala de ocupação de consultório, gerenciar horários de médicos, organizar fluxos de atendimentos, atendimentos a população, reivindicar recursos humanos, reformas e ampliação do centro, cumprir normas hierárquicas, planejar o fluxo de atividades a comunidade mediante a situação populacional necessária da atualidade, etc.

E3 - Ajudar a fazer escala de serviço, atender as demandas da SES e da nossa comunidade.

E4 - Passar para servidores determinações proceduais (*sic*) da gestão central, implantação de programas de saúde, supervisão de todas as áreas de serviço do centro, manutenção adequada da estrutura física da unidade.

E5 - Coordenar as várias equipes e os programas, resolver as demandas dos usuários e servidores, participar do planejamento e execução das demandas da coordenação regional.

E6 - Responder documentos em geral, supervisionar e apoiar o PSF, participação nas reuniões com Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS).

E7 - Atualmente no momento estamos organizando a linha de cuidado materno-infantil e ações de promoção da saúde.

Podemos constatar que as atividades desses gerentes são administrativas, consiste em coordenar equipes, em coordenar e realizar atividades administrativas como escala de serviços, fluxo de atividades entre outras.

Quando solicitados a relatar, quais são suas maiores dificuldades e como vê a Atenção Básica na regional de saúde de Ceilândia e no Distrito Federal, seis entrevistados apontam a falta de recursos humanos (médicos e equipe de PSF), recursos materiais insuficientes (E2 e E5), dificuldade com relações interpessoais (E7) e atendimento de demanda fora de área que impossibilita qualquer planejamento estratégico (E6).

E quando solicitados a descrever o acham da Atenção Básica da regional de Ceilândia e do DF, foram apontados os seguintes problemas:

E2 - A secretária de saúde cobra quer que executemos, mas não fornece meios.

E5 - Falta de planejamento e estruturação na execução dos programas; falta de capacitação dos gestores; gestores são indicados por política e não por capacidade técnica.

E6 - Problemas constantes no sistema de informática, infraestrutura inadequada (falta consultório medico), acredito que falta integração com as demais secretarias, educacional e social (principalmente) para que possamos traçar metas mais realistas e concretas, que venham contemplar com ações mais efetivas.

Ressalte-se que foi citada uma possível ação que deveria ser executada: esta havendo nesse momento mobilização na regional para melhorar a atenção básica, estruturando a estratégia saúde da família, buscando trazer para regional mais servidor (E4).

Constata-se que para gerir melhor é preciso contar com bom contingente de profissionais e os recursos materiais são indispensáveis, o planejamento faz toda diferença no quesito de levantar problemas e buscar possíveis soluções.

Havia no questionário, um espaço para aqueles que quisessem complementar com outras informações, e segue abaixo as falas relatadas por cinco gerentes:

E2- Sensação do gerente: sobrecarregado, muito cobrado, sem conseguir atuar como realmente queria...

E3- Precisamos de vários investimentos na atenção básica por parte da SES.

E4- A gestão na unidade básica de saúde, geralmente era exercida pelo profissional médico e atualmente esse quadro esta mudando e dando oportunidade a outras categorias como: enfermeiro, odontólogo.

E5- Sugestões de melhora: capacitação dos gestores, educação continuada dos servidores; reestruturação da carreira do servidor público; fazer da tríade (planejar, executar-avaliar) uma pratica na gestão publica.

E6- A criação e fomentação dos conselhos gestores nas unidades de saúde será o único indicador que ira nortear as ações a serem desenvolvidas nos centros de saúde, onde as metas e os serviços oferecidos poderão contemplar a real necessidade da população assistida por esta unidade de saúde.

Pode-se verificar que os gerentes apontam suas necessidades e queixas sentidas pelo trabalho e melhoria do mesmo, não deixando de citar a oportunidade de outras profissões atuarem como gerente.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procurando entender o trabalho e o papel do gerente no centro de saúde, percebe-se nesse estudo que o mesmo exerce um cargo de caráter político. Concordando com Alves et al. (2004) que em seu trabalho aponta o desconhecimento das características dos gerentes que assumem a condução dos centros de saúde referentes aos aspectos sócio-demográficos, formação profissional, capacitação para o exercício da função gerencial, forma de ascensão e pré requisitos para assumirem o cargo. Sendo fundamental o desenvolvimento da competência gerencial no setor saúde constituindo elemento-chave na solução dos problemas existentes nas unidades de saúde, como estratégia de mediação entre os níveis decisórios, as instâncias locais e os usuários dos serviços.

O gerente seria aquele responsável pela efetiva implementação das políticas de saúde e condutor de equipe, aberto a comunidade de forma a ouvi-la e atendê-la. E não mero representante político a responder pelas demandas da imposição política. A gestão da saúde precisa de autonomia para prestação de seus serviços, sem vínculos a seguimentos que venham a impedir o que é preconizado pelas políticas públicas.

Os gerentes possuem pouco tempo na função gerencial, este cargo não deveria ser tão rotativo, fato que parece estar associado na mudança de governo e da gestão central, mas pelo que é requerido do gerente, na prestação do serviço, esse rompimento de gerenciamento tende a influenciar na continuidade de alguns processos. É preciso vínculo da comunidade com o serviço, e é na pessoa do gerente, que esse serviço está representado, além da equipe multiprofissional, mas é ele que leva e detém as informações junto às representações superiores.

Há muita disparidade nas atividades exercidas pelos gerentes. Deveria existir uma uniformidade de suas práticas gerenciais para atender as solicitações da própria secretaria, e a mesma precisa dar suporte a seus representantes. É desejável maior envolvimento por parte da SES/DF na atuação de seus gerentes, a respeito da disponibilidade de ferramentas para gestão e auxílio para solucionar as dificuldades na escassez de recursos humanos e materiais.

A essas Interconexões, somam se a necessidade de capacitação dos gerentes, pois os mesmo não apresentam preparo para função e não são

preparados previamente e nem durante sua permanência no cargo, é de fundamental importância à capacitação para os gerentes, contribuindo para que executem suas atividades de forma adequada.

Deve se buscar articulação com a academia ou vice versa, para conjuntamente rever e repensar práticas e intervenções junto à ação gerencial, pois nenhum curso prepara para a gerência, mas poderão contribuir para atender as necessidades vivenciadas.

Não esquecendo as dificuldades mencionadas pelos gerentes, além da preocupação diária de atender a demanda da população, sofre pela falta de sua principal ferramenta, recursos humanos. É o reflexo do descompromisso do governo em atender com a parte que lhe cabe, investir na saúde e no profissional da Atenção Básica, que não tem tido seu reconhecimento e muitas vezes nem condições para trabalhar, devido a carência de recurso material, outra problema enfrentado pelos gerentes.

A atuação do gerente e da equipe dos centros de saúde parece ainda desenvolver um trabalho com visão hospitalocêntrica. Não adotam o prescrito na Política Nacional de Atenção Básica, onde o foco é o indivíduo e a família adscrita de um território, deve-se buscar a qualidade de vida dessas comunidades a partir do entendimento de suas necessidades e contexto. Para tanto ele precisa desenvolver práticas gerenciais e sanitárias. E isso só se faz a partir de conhecimento, habilidades adquiridas, e em capacitações e buscas pessoais.

Com a municipalização do setor saúde, as instâncias de poder local devem assumir a construção de um novo modelo assistencial, com ações que elevem a qualidade de vida e de saúde da população, deixando de ser restritas as demandas de doença (SILVA, 1996).

Este trabalho buscou apresentar uma visão do sanitarista frente à prática gerencial, é um estudo que não se esgota aqui devendo ser usado para questionamento e levantar outros pontos, em busca de cobranças mais efetivas a prática gerencial de CS em seguimento ao que delegado pelas políticas que regem a AB.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, M.; PENNA, C. M. M.; BRITO, M. J.M. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 4, p.441-446, 2004 .

BOOG, G.G; BOOG, M. **Manual de gestão de pessoas e equipes: estratégias e tendências**. Vol. 1. São Paulo: Gente; 2002.

Brasil. **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, Brasília, 1990.

_____. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências, [on-line], Brasília, 1990.

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

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF; 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02**. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009.

_____. **Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CHIAVENATO, I. **Introdução á teoria Geral da Administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações**. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

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

FERNANDES, M.C.; BARROS, A.S.; SILVA, L.M.S.; NÓBREGA, M.F.B.; SILVA, M.R.F.; TORRES, R.A.M. Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 11-15, 2010.

FERREIRA, A. S. Competências Gerencias para Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.69-76, 2004.

FRACOLLI, L. A.; EGRY, E. Y. 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, set. 2001.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, A. M. T. L.; JÚNIOR, F. F. S.; MELO, M. M. C. **O Perfil Técnico Gerencial dos Gerentes das Unidades Básicas de Saúde no Município de Maceió**. Maceió, Universidade Federal de alagoas, 2008.

MATTA, G. C; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária a Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. FIOCRUZ, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>.

MATUS, R. C.; URIBE, R. F. J.; TESTA, M. ((org.)). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1992.

MATUS, R.C. **Política y Plan**. Caracas: Publicaciones Iveplan. 1982.

MINAS GERAIS. **Decreto no 45.986, de 19 de dezembro de 2008**. Regulamenta a Avaliação de Desempenho dos Gestores Públicos da Administração Direta, Autárquica e Fundacional do Poder Executivo. Minas Gerais. Diário do Executivo, Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Alma-Ata. In: **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Brasília, 1979.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Plano Diretor de Regionalização do Distrito Federal**. Versão 2007. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr_completo_df.pdf. Acesso em: 24 set. 2012.

SILVA, S.F. **Construção do SUS a partir do município: etapas para a municipalização plena da saúde**. São Paulo: Hucitec; 1996.

SOUZA, R. R. **Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo**. 101f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2002.

ANEXO 1

Perfil do Gestor da Atenção Básica dos Centros de Saúde da Regional de Ceilândia/DF: atuação consistente ou falha de formação?

Questionário

1. SEXO: () M () F

2. IDADE: _____

3. GRAU DE INSTRUÇÃO:

() Ensino fundamental

() Nível médio incompleto

() Nível médio completo

() Nível superior incompleto

() Nível superior completo - Especifique o curso: _____

() Pós Graduação – Especifique: _____

4. FORMA DE INGRESSO NO SERVIÇO PÚBLICO:

() Concurso Público

() Indicação para o cargo

() Outro: _____

5. TEMPO DE INGRESSO NO SERVIÇO PÚBLICO: _____

6. TEMPO DE SERVIÇO NA FUNÇÃO GERENCIAL: _____

7. HOUVE CAPACITAÇÃO PRÉVIA PARA O DESEMPENHO DA FUNÇÃO GERENCIAL?

() Sim

() Não

Caso sim, qual: _____

8. NO EXERCÍCIO DA SUA ATIVIDADE, PARTICIPOU DE CURSOS NA ÁREA DE GESTÃO?

() Sim

() Não

Caso sim, cite qual (is): _____

9. QUE ATIVIDADE PROFISSIONAL VOCÊ EXERCIA ANTERIORMENTE?

Especifique: _____

10. COM QUE FREQUÊNCIA SE DÁ A PRÁTICA DE REUNIÕES DE PLANEJAMENTO DAS ATIVIDADES NA SUA UNIDADE?

() Semanal

() Mensal

- De vez em quando
- Nunca
- Outras: _____

11. QUEM PARTICIPA DAS REUNIÕES DE PLANEJAMENTO?

- Direção
- Funcionários
- Direção/funcionários/comunidade
- Outros

12. QUEM PARTICIPA DAS REUNIÕES DE TRABALHO?

- Direção
- Funcionários
- Direção/funcionários/comunidade
- Outros

13. COM QUE FREQUÊNCIA SE DÁ A PRÁTICA DE REUNIÕES DE TRABALHO?

- Semanal
- Mensal
- De vez em quando
- Nunca
- Outras: _____

14. DAS FERRAMENTAS ABAIXO, QUAIS AS QUE VOCÊ UTILIZA NO SEU CENTRO DE SAÚDE? (PODE SER MARCADA MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

- Planejamento Estratégico Situacional
- Plano de metas
- Organograma
- Fluxograma de processos
- Manuais de instruções
- Avaliação de desempenho
- Relatórios de resultados de trabalho
- Outros. Especifique: _____

15. COMO VOCÊ DEFINE SEU ESTILO DE LIDERANÇA COMO GERENTE DO CENTRO DE SAÚDE?

- Autoritário forte
- Autoritário benevolente/paternalista
- Democrático
- Burocrático
- Humanitário
- Liberal
- Outro. Especifique: _____

16. QUE TIPO DE CONTEÚDO DE CAPACITAÇÃO VOCÊ ACHA NECESSÁRIA PARA O DESEMPENHO DA GERÊNCIA NO CENTRO DE SAÚDE?

- Políticas Públicas de Saúde
- Gestão de Pessoas
- Gerência dos Serviços de Saúde
- Gestão Pública

- () Relações Interpessoais
- () Liderança em Saúde
- () Capacitação em Saúde da Família
- () Planejamento em Saúde
- () Sistemas de Informação em Atenção Básica
- () Modelos de Atenção à Saúde
- () Outros. Cite: _____

17. O GESTOR DISTRITAL OFERECE CONDIÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO DE SUA PRÁTICA GERENCIAL NO CENTRO DE SAÚDE NO QUE SE REFERE A RECURSOS HUMANOS E RECURSOS MATEIRAIS? COMENTE.

18. VOCÊ TEM CONHECIMENTO DO PERFIL DA POPULAÇÃO DE ABRANGÊNCIA DO CENTRO DE SAÚDE? COMO CHEGOU A ESSA INFORMAÇÃO?

19. ESTE CENTRO POSSUI CONSELHO GESTOR? SE SIM COMO OCORREM OS TRABALHOS E SE NÃO, POR QUÊ?

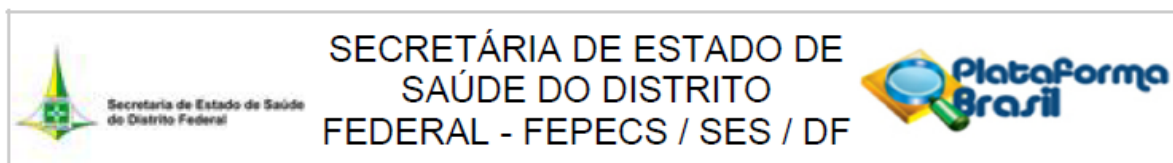
20. QUAIS TÊM SIDO SUAS ATIVIDADES COMO GERENTE DE CENTRO DE SAÚDE?

21. QUAIS SÃO SUAS MAIORES DIFICULDADES COMO GESTOR E COMO VOCÊ VÊ A ATENÇÃO BÁSICA NA REGIONAL DE SAÚDE DE CEILÂNDIA E NO DISTRITO FEDERAL?

SE VOCÊ DESEJAR COMPLEMENTAR A ENTREVISTA COM OUTRA INFORMAÇÃO:

OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO

ANEXO 2



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil do Gestor da Atenção Básica dos Centros de Saúde da Regional de Ceilândia/DF: atuação consistente ou falha de formação?

Pesquisador: Carla Pintas Marques

Área Temática: Área 9. A critério do CEP.

Versão: 2

CAAE: 07030712.9.0000.5553

Instituição Proponente:

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 143.826

Data da Relatoria: 08/10/2012

Apresentação do Projeto:

A implementação da descentralização administrativa requer dos municípios preparo para gerir seus sistemas públicos de saúde, com autonomia para organizar as ações necessárias para o que lhe pareça apropriado.

Esse processo tem encontrado dificuldades diversas, devido à falta de preparo técnico e econômico das gerências (FRACOLLI, 2001). A temática gerencial está sempre voltada para a macro gerência e o papel das três esferas de governo, faltando um direcionamento para o trabalho gerencial das micro áreas de gerência.

Alguns autores identificam que o perfil desses gerentes, são de profissionais da saúde indicados ou promovidos para o cargo de gerência, muitas vezes sem nenhum preparo prévio, e quando passam por um curso de capacitação, o mesmo não é suficiente para orientá-los nas diversidades que seu trabalho lhe impõe.

(FRACOLLI, 2001; ALVES, 2004; FERREIRA, 2004).

Partindo dessa lógica, procuraremos identificar o perfil desse gerente de UBS da Regional de Saúde de Ceilândia/DF, buscando verificar e apontar as possíveis falhas que comprometem a organização da AB e o efetivo papel dessa gerência.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral desse trabalho é identificar o perfil profissional dos gestores da Atenção Básica dos Centros de Saúde da Ceilândia/DF e verificar se tal gestão aplica as recomendações da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Assim, busca-se identificar o perfil dos gerentes da Atenção

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: cepesdf@saude.df.gov.br



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

SECRETÁRIA DE ESTADO DE
SAÚDE DO DISTRITO
FEDERAL - FEPECS / SES / DF



Básica dos Centros de Saúde da Ceilândia; verificando o desempenho dos gestores no que se refere às competências e responsabilidades estabelecidas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); e investigar a forma de ascensão e pré-requisitos estabelecidos pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) para assumir o cargo de gestor.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A beneficência para os usuários está clara. Os possíveis benefícios apresentam-se com maior magnitude em relação aos riscos aos sujeitos da pesquisa. Os antecedentes científicos que justificam a pesquisa foram apresentados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- (1) Em relação aos objetivos, não foi explicitado o objetivo primário e os objetivos secundários;
- (2) Os sujeitos da pesquisa no caso os gestores das regionais podem se expor a situações constrangedoras, estigmatizantes e de assédio moral com a publicidade da pesquisa, são poucos e facilmente identificados de acordo com as variáveis do questionário estruturado. Pelo exíguo número de gestores consideramos difícil garantir de sigilo, privacidade, anonimato do sujeitos da pesquisa, tornando os sujeitos da pesquisa vulneráveis.
- (3) Não há confirmação se questionário semi estruturado aplicado já foi validado como ferramenta de avaliação de qualidade da gestão.
- (4) A coleta de dados preceda aprovação pelo CEP.
- (5) Não estavam explícitas as hipóteses
- (6) Não foi feita a estimativa de qual tamanho da amostra seria adequado para confirmar as hipóteses

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: Apresentada. Assinada pelo pesquisador.

Requerimento para parecer (CEP): Apresentado

Termo de Concordância: apresentado

Currículo Vitae do(s) pesquisador(es): Apresentados

TCLE: Apresentado.

Cronograma da Pesquisa: Apresentado.

Planilha de orçamento: Apresentada.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em relação as Pendências informamos

- (1) Explícite os objetivos: o objetivo primário e os objetivos secundários;

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: cepesedf@saude.df.gov.br



SECRETARIA DE ESTADO DE
SAÚDE DO DISTRITO
FEDERAL - FEPECS / SES / DF



Básica dos Centros de Saúde da Ceilândia; verificando o desempenho dos gestores no que se refere às competências e responsabilidades estabelecidas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); e investigar a forma de ascensão e pré-requisitos estabelecidos pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) para assumir o cargo de gestor.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A beneficência para os usuários está clara. Os possíveis benefícios apresentam-se com maior magnitude em relação aos riscos aos sujeitos da pesquisa. Os antecedentes científicos que justificam a pesquisa foram apresentados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- (1) Em relação aos objetivos, não foi explicitado o objetivo primário e os objetivos secundários;
- (2) Os sujeitos da pesquisa no caso os gestores das regionais podem se expor a situações constrangedoras, estigmatizantes e de assédio moral com a publicidade da pesquisa, são poucos e facilmente identificados de acordo com as variáveis do questionário estruturado. Pelo exíguo número de gestores consideramos difícil garantir de sigilo, privacidade, anonimato do sujeitos da pesquisa, tornando os sujeitos da pesquisa vulneráveis.
- (3) Não há confirmação se questionário semi estruturado aplicado já foi validado como ferramenta de avaliação de qualidade da gestão.
- (4) A coleta de dados preceda aprovação pelo CEP.
- (5) Não estavam explícitas as hipóteses
- (6) Não foi feita a estimativa de qual tamanho da amostra seria adequado para confirmar as hipóteses

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: Apresentada. Assinada pelo pesquisador.

Requerimento para parecer (CEP): Apresentado

Termo de Concordância: apresentado

Currículo Vitae do(s) pesquisador(es): Apresentados

TCLE: Apresentado.

Cronograma da Pesquisa: Apresentado.

Planilha de orçamento: Apresentada.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em relação as Pendências informamos

- (1) Explícite os objetivos: o objetivo primário e os objetivos secundários;

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: cepesdf@saude.df.gov.br



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

SECRETÁRIA DE ESTADO DE
SAÚDE DO DISTRITO
FEDERAL - FEPECS / SES / DF



- Pendência atendida

(2) Como pode proteger os sujeitos da pesquisa no caso os gestores das regionais de situações constrangedoras, estigmatizantes e de assédio moral com a publicidade da pesquisa, pois são poucos e facilmente identificados de acordo com as variáveis do questionário estruturado? Como garantir de sigilo, privacidade, anonimato do sujeitos da pesquisa, tornando os sujeitos da pesquisa vulneráveis?

- Pendência atendida

(3) O questionário semi estruturado aplicado já foi validado como ferramenta de avaliação de qualidade da gestão?

- Pendência atendida

(4) Ajuste a data da coleta de dados que não pode preceder a aprovação pelo CEP.

- Pendência atendida

(5) Explícite as hipóteses

- Pendência atendida

(6) Faça a estimativa de qual tamanho da amostra seria adequado para confirmar as hipóteses

-Pendência atendida

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 12 de Novembro de 2012

Assinador por:

**Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
(Coordenador)**

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: cepesdf@saude.df.gov.br

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Universidade de Brasília

Faculdade de Ceilândia

Curso de Saúde Coletiva

Título do projeto de pesquisa: Perfil do Gestor da Atenção Básica dos Centros de Saúde da Regional de Ceilândia/DF: atuação consistente ou falha de formação?

Orientador: Prof^a MsC Carla Pintas Marques (matrícula FUB: 743.445)

Estudante responsável: Michelli Pereira Costa

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (o) a participar da pesquisa: “Perfil do Gestor da Atenção Básica dos Centros de Saúde da Regional de Ceilândia/DF: atuação consistente ou falha de formação?”. Trata-se de um projeto de trabalho de conclusão de curso, conduzido por mim, Michelli Pereira Costa, estudante do curso Saúde Coletiva, da Faculdade Ceilândia da Universidade de Brasília.

O objetivo é identificar o perfil dos gestores da Atenção Básica dos Centros de Saúde da Regional de Ceilândia/DF, verificando seu desempenho no que se refere às competências e responsabilidades estabelecidas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) além de investigar a forma de ascensão e pré-requisitos estabelecidos pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) para assumir o cargo de gestor.

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 através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

A sua participação será através de um questionário que você deverá responder no seu local de trabalho na data combinada com tempo estimado de cerca de 30 minutos. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado para responder ao questionário, sendo respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que a Senhor (a) pode se recusar a responder qualquer uma das

questões que lhe tragam constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Instituição Universidade de Brasília/ Faculdade Ceilândia podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, ou desejar entrar em contato com a pesquisadora utilize o e-mail: michelliunb@gmail.com ou ligue para (61) 9553 7946. Poderá também entrar em contato com o orientador da pesquisa pelo telefone (61) 9987-0313 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS (telefone: 33254955 ou e-mail: cepesdf@saude.df.gov.br). Sua assinatura abaixo significa que você leu este consentimento, esclareceu suas dúvidas e concordou em participar nos termos indicados.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Agradecemos por seu interesse e disponibilidade em participar da pesquisa.

Nome / assinatura:

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura:

Brasília, ____ de _____ de 2012.

(1ª Via – sujeito da pesquisa)

(2ª Via – pesquisador)