

CLACI FÁTIMA WEIRICH ROSSO

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO PROCESSO GERENCIAL
DESENVOLVIDO PELOS ENFERMEIROS NOS SERVIÇOS DA REDE
BÁSICA DE SAÚDE EM GOIÂNIA - GO.**

GOIÂNIA

2008

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
CONVÊNIO REDE CENTRO-OESTE – UnB/UFG/UFMS

CLACI FÁTIMA WEIRICH ROSSO

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO PROCESSO GERENCIAL
DESENVOLVIDO PELOS ENFERMEIROS NOS SERVIÇOS DA REDE
BÁSICA DE SAÚDE EM GOIÂNIA - GO.

CLACI FÁTIMA WEIRICH ROSSO

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO PROCESSO GERENCIAL
DESENVOLVIDO PELOS ENFERMEIROS NOS SERVIÇOS DA REDE
BÁSICA DE SAÚDE EM GOIÂNIA - GO.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Convênio Rede Centro-Oeste (UnB/UFMG/UFMS) para obtenção do Título de Doutor em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Denize Bouttelet Munari

GOIÂNIA

2008

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)(GPT/BC/UFG)

Rosso, Claci Fátima Weirich .

R838d Diagnóstico situacional do processo gerencial desenvolvido pelos enfermeiros nos serviços da Rede Básica de Saúde em Goiânia-GO [manuscrito] / Claci Fátima Weirich Rosso. – 2008.

204 f. : il., figs., qds., tabs.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Denize Bouttelet Munari.

Tese (Doutorado) – Convênio Rede Centro-Oeste Universidade de Brasília, Universidade Federal de Goiás e Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, 2008.

Bibliografia: f.160-172. Inclui lista de abreviaturas, figuras, quadros e de Tabelas. Apêndices e anexos.

- 1 - Serviços de enfermagem – Administração Goiânia (GO)
- 2 - Enfermagem em saúde pública - Recursos humanos
- 3 - Enfermeiros – Serviços de saúde – Processo gerencial

I. Universidade de Brasília II. Universidade Federal de Goiás III. Universidade do Mato Grosso do Sul IV. Título.

CDU : 616.083:65(817.3)

FOLHA DE APROVAÇÃO

Claci Fátima Weirich Rosso

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO PROCESSO GERENCIAL DESENVOLVIDO PELOS ENFERMEIROS NOS SERVIÇOS DA REDE BÁSICA DE SAÚDE EM GOIÂNIA - GO.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Convênio Rede Centro-Oeste (UnB / UFG / UFMS) para obtenção do Título de Doutor em Ciências da Saúde.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Denize Bouttelet Munari

Instituição: UFG – Faculdade de Enfermagem

Assinatura _____

Profa. Dra. Silvana Martins Mishima

Instituição: USP – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Assinatura: _____

Prof. Dr. Nelson Bezerra Barbosa

Instituição: Secretaria de Estado da Saúde/GO

Assinatura: _____

Profa. Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra

Instituição: UFG – Faculdade de Enfermagem

Assinatura: _____

Prof. Dr. Marcelo Medeiros

Instituição: UFG – Faculdade de Enfermagem

Assinatura: _____

Dedico este trabalho com muito amor,

À **Camila, Carla e Uliana**, pela honra e a alegria de tê-las como minhas filhas e juntas percorrermos esta jornada...como sou feliz minhas "lindas", com a vossa presença em minha vida.

Ao **Ademar**, pelo companherismo e apoio fundamental nesta caminhada. Muito obrigada por acreditar em mim.

A vocês, "seu" **Asildo** e "dona" **Norma**, meus queridos pais, que desde minha infância são meus maiores incentivadores...todo meu respeito e admiração.

AGRADECIMENTOS

SENHOR, sou infinitamente grata ao seu Infinito Amor... e não te peço que encurtes o caminho, venha comigo...

À **Profª Drª Denize Bouttelet Munari**, pelo acolhimento desde o início desta jornada, amiga e orientadora no verdadeiro sentido da palavra, pelo respeito ao ritmo de minha caminhada e pelo enriquecimento deste trabalho com o seu saber, devo dizer-lhe que faz jus à missão de promover o crescimento dos que a rodeiam.

À **Profª Dra. Silvana Martins Mishima**, pelas sugestões e contribuições sempre pertinentes a este trabalho e pela forma carinhosa com que sempre me atendeu e pela disponibilidade em participar da Banca Examinadora em minha Defesa Pública.

Ao **Profº Dr. Marcelo Medeiros**, pela compreensão e colaboração como Diretor da Faculdade de Enfermagem com a minha ausência em muitos momentos. Pelas contribuições no exame de qualificação e pela prontidão em participar na Banca Examinadora em minha Defesa Pública.

À **Profª Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra**, pelos vários contatos, pelas contribuições e sugestões muito significativas neste estudo, desde o meu exame de qualificação e pela participação na Banca Examinadora em minha Defesa Pública.

Ao **Profº Dr. Nelson Bezerra Barbosa**, pelo interesse e envolvimento com a temática deste estudo, demonstrados desde a ocasião do convite para compor a Banca Examinadora de minha Defesa Pública.

À **Profª Dra. Maria Alves Barbosa**, pelas suas contribuições neste estudo na ocasião do exame de qualificação.

À **Direção da Rede Básica de Saúde** da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia pela autorização para a realização deste trabalho, em especial à **Maria Cláudia Noratto e Vânia Balestra e Patrícia Antunes de Moraes** que além de estarem à frente da direção, foram extremamente colaborativas.

Aos **Enfermeiros (as) Gerentes da Rede Básica de Saúde**, que colaboraram com esta pesquisa, enriquecendo-a com as experiências de seu trabalho e o desejo de transformá-lo.

À **Direção, Coordenação, Colegas e Funcionários** da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, pela confiança e torcida de todos.

À **Coordenação Local** e todo corpo docente da **Pós-Graduação em Ciências da Saúde**, Convênio UnB/UFG/UFMS, pela oportunidade de realizar mais esta etapa de minha carreira profissional.

À amiga e colega **Enf^a Lícia Kamila**, pelo seu carinho, pelo profissionalismo e apoio incondicional em muitas etapas deste trabalho. Muito obrigada.

À amiga e colega **Prof^a Dra Márcia Maria de Sousa**, que compartilhamos muito desta caminhada e do sonho de vê-la concretizada, obrigada pela sua disponibilidade e carinho.

Às **professoras da área da Saúde Pública** da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, pelo apoio, em especial às Professoras **Maria Tereza, Nara, Ana Luiza Lima e Adenicia**, que conduziram com muito profissionalismo as disciplinas que compartilhamos na área.

À Prof^a **Vera Maria Tiezmann Silva**, pelo empenho e qualidade na revisão de minha Tese. Muito obrigada.

Ao **Gabriel Peres de Oliveira**, pelo carinho e prontidão que aceitou formatar e cuidar dos detalhes desta Tese.

Aos **colegas do Núcleo de Estudo em Saúde Coletiva (NESC)**, pela compreensão com minha constante ausência.

À minhas irmãs, **Luciara e Acilda**, companheiras de caminhada, amigas e cúmplices dos meus sonhos.

Ao meu irmão **Andrei**, que, dentro de seus limites, tem-nos ensinado como vencer obstáculos e valorizar as conquistas.

Aos meus sobrinhos, **Vitor e Cauã**, que lindo olhar vocês...e perceber a ternura em sua maior expressão...é a vida que se renova...e acreditar que vale a pena estar aqui.

À querida prima **Sônia**, que sempre foi minha "irmã", mas, acima de tudo uma grande amiga e companheira de uma vida....muito obrigada pela torcida e sei que não foi pouca.

À **Érica**, que tem cuidado muito de mim, de minha família e de Cacau para que eu pudesse ter tranquilidade para escrever esta Tese.

A **todos os amigos** que, de forma direta ou indireta, estiveram envolvidos neste trabalho e incentivaram esta conquista

Esta investigação integra-se ao Núcleo de Estudo e Pesquisa em Saúde Integral – NEPSI, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás – FEN/UFG, coordenado pela Prof^a. Dr^a Denize Bouttelet Munari.

WEIRICH, CF. **Diagnóstico situacional do processo gerencial desenvolvido pelos enfermeiros nos serviços da Rede Básica de Saúde em Goiânia - Go.** 2008. [Tese] Goiânia (GO): Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde Convênio Rede Centro-Oeste (UnB / UFG / UFMS) Goiânia; 2008.

RESUMO

O desenvolvimento deste estudo focalizou as questões relacionadas ao processo gerencial nos serviços públicos de saúde, mais especificamente no que se refere ao processo gerencial dos enfermeiros nos serviços da Rede Básica de Saúde, como uma forma de pensar alternativas que possibilitem a reorganização da prática gerencial e a adequação do ensino de enfermagem. O objetivo geral foi diagnosticar elementos do processo gerencial do enfermeiro na Rede Básica de Saúde no município de Goiânia/Goiás. Pesquisa descritiva/exploratória, de base quantitativa, realizada com enfermeiros que desenvolvem funções de gerentes, diretores, ou coordenadores de serviços na Rede Básica de Saúde no Município de Goiânia, entre 2006 e 2007. Para a coleta de dados utilizou-se uma entrevista estruturada, organizada de forma que permitisse a sua análise no Programa Epi-Info 3.3.2. Os dados foram codificados para proceder com a análise descritiva com base no referencial teórico. Participaram da pesquisa 44 enfermeiros. Que representa 100% dos enfermeiros lotados na Rede Básica com cargos gerenciais na ocasião do estudo. Os resultados apontam aspectos que fortalecem e tornam mais visíveis as ações gerenciais dos enfermeiros, ao mesmo tempo que mostram as fragilidades do trabalho gerencial na Rede Básica de Saúde. A contribuição dos enfermeiros gerentes foi de grande significado para que a formação/qualificação seja repensada pelas universidades e pelos gestores que planejam e viabilizam a educação permanente destes profissionais. Os resultados deste estudo poderão dar subsídios aos enfermeiros docentes da área de Saúde Pública para a organização do ensino, no sentido de privilegiar a formação dos futuros profissionais pautada nos fundamentos do SUS, privilegiando, principalmente, a gestão pública de saúde. Por outro lado, os gerentes da Rede Básica terão mais elementos para a tomada de decisão para novas ações que considerem as expectativas das equipes de saúde e dos gestores. Pretendemos a partir deste estudo consolidar propostas de integração ensino/serviço com o intuito de direcionar à consecução dos princípios do SUS e ao fortalecimento do sistema de atendimento à saúde da população.

Palavras-chave: gestão em serviço de saúde; atenção básica à saúde; recursos humanos de enfermagem; enfermagem em saúde pública; administração de enfermagem.

WEIRICH, CF. **Situational diagnosis of the managerial process developed by the nurses in public health care services in Goiânia – GO.** 2008. [Thesis] Goiânia (GO): Post-Graduation Program in Health Science Centre-West Association (UnB/ UFG/ UFMG) Goiânia; 2008.

ABSTRACT

The development of this study has focused on the questions related to the managerial process in public service health management, more specifically on what refers to the managerial process of nurses in services of Public Health Care, as a way of devising alternatives that enable the reorganization of the managerial practice and adequacy to nursing education. The general aim was to propose situational diagnosis elements of the managerial process of the nurse in Public Health Care in the city of Goiânia/ Goiás. Descriptive/exploratory research, of quantitative base, interviewing nurses that undertake functions of managers, directors or coordinators of services in Public Health Care in the city of Goiânia, developed between 2006 and 2007. To collect data, a structured interview was made, organized in a way that allowed its analysis in the Epi-Info 3.3.2 Program. The data was codified to proceed with the descriptive analysis based on the theoretical reference. 44 nurses participated in the research, that represent 100% of the nurses in Basic Health Care with managerial functions when the study took place. The results show aspects that strengthen the nurse's managerial actions and make them more visible, showing the fragility of managerial work in Public Health Care. The contribution of the nursing managers was of great significance so that the formation/qualification can be reconsidered by the universities and by the managers that plan and enable the permanent education of these professionals. The results of this study will be able to give support to the nursing teachers in the area of Public Health for the organization of teaching, with the intent of giving privileges to the formation of future professionals based on the fundamentals of 'SUS' privileging, mainly, public health management. On the other hand, the manager of Basic Health Care will have more elements to make decisions for new actions that consider the expectations of health and managers teams. With this study, we intend to consolidate proposals of integration between teaching and services with the intent of aiming to the consecution of the principles of 'SUS' and strengthening the system of the population's health assistance.

Keywords: health service management; primary health care; nursing human resources; public health nursing; nursing administration

LISTA DE ABREVIATURAS

SUS	Sistema Único de Saúde
NEPSI	Núcleo de Estudo e Pesquisa em Saúde Integral
FEN	Faculdade de Enfermagem
UFG	Universidade Federal de Goiás
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
PRO-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
MEC	Ministério da Educação
UBS	Unidade Básica de Saúde
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
DNERu	Departamento Nacional de Endemias Rurais
CNS	Conferência Nacional de Saúde
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
PIB	Produto Interno Bruto
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciário
LOS	Leis Orgânica da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
MAC	Média e Alta Complexidade
Faec	Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
PDR	Plano Diretor de Regionalização

PDI	Plano Diretor de Investimentos
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
RJU	Regime Jurídico Único
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
ESF	Estratégia Saúde da Família
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
IES	Instituição de Ensino Superior
OCDE	Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIAMS	Centro Integral de Assistência Médico Sanitária
CAIS	Centro de Assistência Integral à Saúde
HC	Hospital de Clínicas
CONEP	Conselho Nacional de Pesquisa
CEPMHA	Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
MS	Ministério da Saúde
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
PCCS	Plano de Carreiras, Cargos e Salários
RH	Recursos Humanos

LISTA DE FIGURAS

		pág
Figura 1	Mapa do município de Goiânia com a divisão dos nove Distritos Sanitários de Saúde. Fonte: Departamento da Rede Básica – Secretaria Municipal de Saúde, 2006.	86
Figura 2	Organograma simplificado da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia – Goiás. Fonte: Departamento da Rede Básica de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde, 2008.	101
Figura 3	Qualificação do enfermeiro para o gerenciamento de serviço de saúde em Goiânia-GO, 2008.	112
Figura 4	Atividades gerenciais desenvolvidas pelos enfermeiros, apresentadas em ordem decrescente de importância, Goiânia-GO, 2008.	126
Figura 5	Pontos de estrangulamento identificados pelos enfermeiros em ordem decrescente de importância, Goiânia-GO, 2008.	129

LISTA DE QUADROS

	pag
Quadro 1 Distribuição da população de Goiânia em 2006, por Distrito Sanitário de Saúde, número de Unidades de Saúde e de Equipes de Saúde da Família. Fonte: Departamento da Rede Básica Secretaria Municipal de Saúde. Goiânia- GO, 2006.	87

LISTA DE TABELAS

		Pág
Tabela 1	Características dos enfermeiros gerentes da Rede Básica de Saúde de Goiânia-GO, 2008.	103
Tabela 2	Distribuição dos enfermeiros gerentes em relação ao local e vinculação com os serviços da Rede Básica de Saúde de Goiânia-GO, 2008.	107
Tabela 3	Tempo de exercício dos enfermeiros em atividades gerenciais nos serviços de saúde e na atual lotação na Rede Básica de Saúde do Município de Goiânia-GO, 2008.	110
Tabela 4	Posicionamento dos enfermeiros sobre o desempenho gerencial nos serviços de saúde da Rede Básica de Saúde de Goiânia-GO, 2008.	113
Tabela 5	Características dos serviços gerenciados pelos enfermeiros da Rede Básica de Saúde de Goiânia-GO, 2008.	119
Tabela 6	Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros gerentes junto à equipe de saúde e usuários na Rede Básica de Saúde do Município de Goiânia-GO, 2008.	123
Tabela 7	Posicionamento dos enfermeiros gerentes sobre as equipes de saúde nos serviços da Rede Básica de Saúde de Goiânia-GO, 2008.	139
Tabela 8	Distribuição das características necessárias para função gerencial dos enfermeiros nos serviços da Rede Básica de Saúde do Município de Goiânia-GO, 2008.	145

SUMÁRIO

Resumo

Abstract

Lista de abreviaturas

Lista de figuras

Lista de quadros

Lista de tabelas

APRESENTAÇÃO	20
1. INTRODUÇÃO	27
1.1. A trajetória percorrida e o objeto de estudo.....	27
2. OBJETIVOS.....	37
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	39
3.1. A gênese das Políticas de Saúde no Brasil.....	40
3.1.1. Da institucionalização da Saúde Pública à Reforma Sanitária	44
3.1.2. O Sistema Único de Saúde (SUS)	50
3.2. Gestão do trabalho em saúde e os recursos humanos	61
3.2.1. A formação de recursos humanos em saúde	68
3.3. O processo gerencial no trabalho do enfermeiro no contexto da saúde	75
4. PERCURSO METODOLÓGICO	83
4.1. Tipo de estudo.....	83
4.2. Local do estudo	84
4.3. População do estudo.....	90
4.4. Coleta de dados	92
4.5. Aspectos éticos	96

4.6. Análise de dados	96
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	100
5.1. Município de Goiânia – Secretaria Municipal de Saúde/Rede Básica de Saúde	101
5.2. Caracterização dos enfermeiros gerentes na Rede Básica de Saúde	103
5.3. O trabalho gerencial desenvolvido pelos enfermeiros na Rede Básica de Saúde	119
5.3.1. O contexto dos serviços da Rede Básica de Saúde.....	119
5.3.2. A pratica gerencial dos enfermeiros	125
5.3.3. As equipes de saúde dos serviços da Rede Básica de Saúde.....	136
5.4. Características gerenciais para o desenvolvimento do trabalho na Rede Básica de Saúde na perspectiva dos enfermeiros	145
6. CONCLUSÃO	153
REFERÊNCIAS.....	161
APÊNDICE A	176
APÊNDICE B	177
APÊNDICE C	178
APÊNDICE D	183
APÊNDICE E	190
APÊNDICE F.....	200
ANEXO A	202
ANEXO B	203
ANEXO C	204

Apresentação

APRESENTAÇÃO

Com o processo de reorganização dos serviços de saúde, principalmente a partir das décadas de 1980 e 1990, pela implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), e com a municipalização dos serviços de saúde, as temáticas gerência e gestão dos serviços de saúde começam a ter maior visibilidade na agenda política, tendo em vista que as decisões e a gestão dos serviços passam a ser de responsabilidade do município. Esse movimento, sustentado pelo processo de descentralização do poder decisório, traz para o nível local a necessidade de uma outra lógica na organização dos serviços de saúde, que articule o modelo de gestão com o modelo da atenção.

Entretanto, a expansão de Redes de Atenção à Saúde impulsionada pelo processo de descentralização no SUS, além de operar mudanças na gestão e prestação de serviços no setor, também vem transformando o mercado de trabalho em saúde. Diante disso, não basta apenas promover reformas administrativas, mas adotar políticas administrativas e gerenciais mais flexíveis e com maior poder de decisão.

Vale destacar que o SUS constitui uma fonte empregadora para os profissionais de saúde, especialmente para os enfermeiros, tanto nos serviços públicos quanto nos contratados, devendo representar um novo padrão de prática e demandar reorientação na formação desses profissionais, principalmente pautada no desenvolvimento de competências para o processo gerencial nos serviços na Rede Básica de Saúde.

O interesse em estudar e aprofundar o conhecimento sobre gerência de enfermagem nos serviços de saúde, mais especificamente na Atenção Básica, está relacionado diretamente à trajetória acadêmica e profissional da autora desta tese, aqui relatada para esclarecer o leitor quanto às expectativas que nortearam o delineamento do objeto desta pesquisa.

A realização do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), no período de 1982 a 1985, no município de Cascavel, cidade pólo da região oeste do Paraná com grande demanda para o setor saúde pelos vários municípios daquela região, propiciou o despertar para a realidade social e a formação em enfermagem com foco no perfil epidemiológico e sanitário no contexto daquela cidade.

Naquela época na grade curricular do curso de graduação, a carga horária das disciplinas da área de saúde pública era menor em relação às demais áreas. No entanto, os docentes incentivavam a participação dos alunos em projetos, seminários e ações voltadas para a prevenção e atenção básica à saúde.

A aprendizagem na área de Saúde Pública tornou-se ainda mais significativa em nossa formação discente por influência da disciplina de administração em enfermagem, cuja docente era uma enfermeira sanitária, coordenadora da Rede Básica de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel, onde desenvolvíamos a prática da disciplina de Estágio Curricular de Administração em Enfermagem. Mais tarde, recebemos o convite para assumir o cargo de coordenadora de uma Unidade Básica de Saúde, na Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel, o que deu início à trajetória profissional como sanitária. Mesmo diante das adversidades, mantivemos o ideal de construção permanente do cuidado em Saúde Pública com qualidade.

Nossa aproximação com o ensino surgiu com aprovação em processo seletivo para professor substituto na UNIOESTE em Cascavel no ano de 1992. Passamos então a atuar na docência, sendo efetivada no ano seguinte mediante aprovação em Concurso Público Estadual como professor efetivo. Durante cinco anos atuamos como docente de Saúde Pública naquela Faculdade de Enfermagem, mas por motivos familiares, no ano de 1997, mudamos para Goiânia, capital do Estado de Goiás, onde reiniciamos a trajetória docente na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, primeiramente como professora substituta e, desde 1998, como docente do quadro efetivo, também na mesma área.

Assim, há quinze anos nossa experiência profissional é focada no ensino, pesquisa e extensão em Saúde Pública, tanto no sentido da nossa formação e do desenvolvimento profissional por meio de cursos de pós-graduação, *Lato Sensu e Stricto Sensu*, quanto nas atividades de ensino da graduação em enfermagem. Todas estão relacionadas a temáticas da área de Saúde Pública, principalmente buscando fortalecer aspectos de prevenção de agravos e promoção da saúde (ROSSO e COLLET, 1999; MINAMISAVA et al, 1999; WEIRICH et al, 2001; WEIRICH et al, 2004; WEIRICH et al, 2005).

Atualmente, nosso foco de interesse de estudo e de pesquisa em Saúde Pública está direcionado para a formação de recursos humanos, nos aspectos relacionados à gerência de serviços de saúde com enfoque para a Atenção Básica e produção de novas tecnologias para o desenvolvimento de trabalho do enfermeiro no contexto do fortalecimento do SUS (Sistema Único de Saúde) (WEIRICH, MUNARI e BEZERRA, 2004; AGUIAR et al, 2005; WEIRICH, et al, 2006). No decorrer deste estudo publicamos um artigo na Revista Brasileira de Enfermagem,

sobre a temática em questão (Apêndice A) e estamos com um segundo artigo, com o aceite do periódico, para ser publicado brevemente (Apêndice B).

Nesse sentido, o estudo das questões que envolvem a formação de recursos humanos para a prática da gestão em saúde e nosso envolvimento no ensino da gerência em enfermagem no contexto da Saúde Pública foi o ponto de partida para a construção da presente investigação.

Nossa experiência no cotidiano do ensino de graduação na Faculdade de Enfermagem (FEN) da Universidade Federal de Goiás (UFG), no acompanhamento de estágios curriculares para alunos da 5ª ano, que desenvolvem ações de gerenciamento em serviços de saúde pública nas unidades da Rede Básica de Saúde do Município de Goiânia foi decisiva nessa construção, uma vez que nos sinalizava alguns aspectos de nosso interesse.

No acompanhamento dos concluintes da Graduação em Enfermagem, na disciplina de Estágio Supervisionado I, com 240 horas anuais, totalmente de prática em serviços públicos da Rede Básica de Saúde do Município de Goiânia e Municípios do interior do Estado de Goiás, percebemos que mesmo próximos da conclusão do curso de graduação, os alunos apresentam dúvidas em relação ao significado do papel gerencial do enfermeiro na Saúde Pública. Os estudantes relacionavam este papel muito mais como um exercício burocrático e assistencial, associado a uma idéia de pouca eficácia administrativa em função daquilo que observavam da prática do enfermeiro nos serviços que servem de campo de estágio.

Constatamos que esse foi um posicionamento similar ao relatado no estudo de Ciampone e Kurcgant (2004). As autoras contam que no ensino da administração, imperam conteúdos de administração geral que dão ênfase à unidade hospitalar, ao modelo clínico individual, às propostas gerenciais prescritivas

e normativas, com pouca ou nenhuma correlação com o macro contexto e as políticas de saúde.

Embora tenhamos consciência de que a insegurança dos alunos está também relacionada à sua imaturidade pessoal e profissional, tais dúvidas ocasionam desmotivação e incertezas para os alunos assumirem a responsabilidade de gerentes de serviços na Rede Básica de Saúde, o que demanda conhecimentos que vão além das informações e dos conhecimentos técnicos específicos. Os alunos precisam de fato ter experiências práticas e desenvolver habilidades no campo das relações humanas, de conhecer novas possibilidades para organização do trabalho e do processo gerencial nos serviços de saúde pública.

Por outro lado, o exemplo que os alunos têm da ação gerencial do enfermeiro no campo da Saúde Pública não os estimula a pensar na gerência como uma posição estratégica e criativa para o enfermeiro, mas na reprodução de um modelo focado na produção do cuidado no âmbito das “tecnologias duras”, tais como as descrevem Merhy e Franco (2003). Segundo estes mesmos autores, é fundamental aos profissionais de saúde a busca pelo desenvolvimento das tecnologias leves, que são caracterizadas por ações no campo relacional, cujo desafio é grande não só para os enfermeiros dos serviços, como para os que se formam enfermeiros todos os anos.

Desta forma, apresentamos o desenvolvimento do presente estudo estruturado em capítulos. No capítulo 1 apresentamos o objeto de estudo. No capítulo 2, os objetivos da investigação. No capítulo 3, contextualizamos o objeto de estudo e o referencial teórico, incluindo os aspectos políticos, sociais e culturais da gênese das políticas de saúde no Brasil. Para dar sustentabilidade à discussão, buscamos também neste capítulo abordar a conceituação da gestão do trabalho em

saúde, a formação de recursos humanos e o processo gerencial no trabalho do enfermeiro na saúde.

No capítulo 4, a metodologia detalha o tipo, local e população da pesquisa, os instrumentos e a trajetória para a coleta de dados, aspectos éticos e as etapas de análise dos dados.

No capítulo 5 e 6, os resultados/discussões e conclusões do diagnóstico situacional do processo gerencial desenvolvido pelos enfermeiros nos serviços da Rede Básica de Saúde são apresentados de forma integral. Para facilitar a compreensão dos resultados e das discussões, utilizamos, para nos subsidiar, as tabelas, os quadros e figuras com os resultados dos dados analisados e categorizados, com as devidas discussões fundamentadas em nosso referencial teórico, buscando atender aos objetivos propostos nesta investigação.

Introdução

1 - INTRODUÇÃO

1.1 - A trajetória percorrida e o objeto de estudo

Este estudo focaliza questões relacionadas à gerência nos serviços públicos de saúde e têm como objeto o processo gerencial desenvolvido pelos enfermeiros nos serviços da Rede Básica de Saúde como uma forma de pensar alternativas que possibilitem a reorganização da prática gerencial e a adequação do ensino de enfermagem.

A implementação e consolidação do SUS vêm ocorrendo nas duas últimas décadas. Ressaltamos que esse processo antecede a sua implantação e que o movimento da Reforma Sanitária brasileira trouxe para este cenário um conjunto de demandas gerenciais, assistenciais e intersetoriais que constituem desafios à administração pública, tendo em vista que o sistema de saúde brasileiro é estruturado como uma rede regionalizada e hierarquizada, configurando um sistema único sob as diretrizes da descentralização, da integralidade e participação social (MISHIMA, 2003; REZENDE, 2007).

A expansão de Rede de Atenção à Saúde, impulsionada pelo processo de descentralização no Sistema Único de Saúde, além de operar mudanças na gestão e prestação de serviços no setor, também vem transformando o mercado de trabalho em saúde. A Enfermagem tem participado significativamente desse processo, por meio do acentuado aumento dos empregos públicos municipais para

toda a equipe, como também pela ampliação da Estratégia Saúde da Família (WITT, 2005).

Bertussi e Almeida (2003) apostam na necessidade de discussão e análise da gerência dos serviços locais de saúde, pois estas são as unidades produtoras, a porta de entrada no Sistema Local de Saúde, onde os problemas de saúde podem ser identificados, priorizados e atendidos pela equipe de saúde, sendo que a gerência pode definir mudanças no modo de organizar o processo gerencial.

Além de toda a complexidade dos serviços que presta, o Sistema de Saúde brasileiro vem enfrentando um grande desafio, a busca pela gestão da qualidade dos serviços. Para atingir esta meta é necessária a implementação de medidas visando à melhoria contínua desses serviços. A gestão de qualidade tem sido abordada de diferentes formas e situações, tanto na esfera empresarial, nos modelos gerenciais, na política de recursos humanos e na organização dos processos de trabalho (TRONCHIN, MELLEIRO e TAKAHASHI, 2005).

Nos serviços de saúde, a qualidade deve ser enfatizada, principalmente porque o cuidado prestado ao usuário é consumido durante a sua produção, tornando-o diferente da produção de bens, em que é possível separar o produto com defeito sem maiores conseqüências. Ocorre igualmente no trabalho de enfermagem, como nos demais serviços de saúde, à medida que os bens são produzidos são consumidos no ato da produção, não podendo ser estocados e comercializados posteriormente (FELLI e PEDUZZI, 2005).

Em tal contexto, espera-se que o enfermeiro seja capaz de desempenhar um papel de gerente nos serviços de saúde, dentro de uma perspectiva participativa, onde o objetivo é alcançado pelo esforço coletivo e não pela união de esforços individuais (TREVIZAN et al, 1998; MACHADO, 2000).

Considerando o panorama atual do trabalho em saúde, reconhecemos que o desenvolvimento da competência do enfermeiro para a ação gerencial é uma tarefa complexa, principalmente pela tendência da formação, que na maioria das escolas ainda tem o foco voltado para a excelência do desenvolvimento técnico (MUNARI, CRUZ e MERJANE, 2005; MUNARI et al, 2008).

Neste sentido, Merhy e Franco (2003) observam que, para além do conhecimento técnico, há o conhecimento das relações, o que é fundamental para a produção do cuidado. Partindo desta premissa, os autores defendem que o trabalho em saúde é sempre relacional, porque depende de “trabalho vivo” em ato, quer dizer, o trabalho no momento em que está sendo produzido. Estas relações podem ser sumárias e burocráticas, produzindo um modelo assistencial, que tem o seu eixo no saber médico hegemônico. Mas, pode também se dar como relações entre sujeitos, no espaço de suas interseções, estabelecidas no trabalho em ato (MERHY e FRANCO, 2003).

Outro aspecto importante a ser considerado é a subjetividade do trabalho em saúde. Dificilmente haverá resultados positivos para o “problema de formação dos recursos humanos” sem o enfrentamento deste padrão de subjetividade e de prática hoje predominantes (CAMPOS, 2002).

A defesa da vida deveria constituir componente obrigatório do campo de responsabilidade de todo e qualquer profissional de saúde, e a gerência teria o direito e o dever de cobrar essa disposição dos profissionais de saúde que compõem a equipe de trabalho sob sua responsabilidade (CAMPOS, 2002). Tal compromisso com a defesa da vida, segundo Campos, faria com que:

“A invenção de novos dispositivos institucionais – gestão colegiada, vínculo, contrato de gestão, etc.- de novas maneiras de ensinar, de avaliar e de supervisionar o trabalho em saúde, cumpririam a função de retirar essa discussão do campo exclusivamente moral e ético, devendo-se, portanto, buscar a criação de dispositivos concretos que reforçassem a construção de um novo tipo de compromisso entre técnicos e a produção de saúde” (2002, p. 252).

Essas constatações fazem com que repensemos qual modelo assistencial norteia nosso discurso e nossa prática no ensino e na formação de recursos humanos em saúde, especialmente no tocante à construção e utilização de novos conhecimentos e tecnologias que valorizem o trabalho do enfermeiro e sejam ferramentas gerenciais indispensáveis para os serviços de enfermagem e de saúde da população na Rede Básica de Saúde.

As mudanças ocorridas no contexto do trabalho em saúde exigem também o desenvolvimento de habilidades que estão diretamente relacionadas à introdução de novas tecnologias e formas de organização do trabalho, sendo fundamental para o desempenho das práticas profissionais considerar o contexto e a concepção de saúde que têm como referências doutrinárias a Reforma Sanitária Brasileira e como estratégias de reordenação setorial e institucional o SUS (BRASIL, 2001b).

Com a implantação e a operacionalização do SUS, prevista nos princípios definidos pela Constituição Federal promulgada em 1988 e pelas Leis Orgânicas da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90) que regulamentam e definem novas exigências, principalmente, no nível municipal torna-se fundamental que as Escolas de Enfermagem repensem quais as competências necessárias, para que o enfermeiro tenha condições de atuar com base nesse novo contexto de atribuições no campo do processo gerencial em enfermagem.

Vale destacar que o SUS oferece significativo espaço de trabalho para os enfermeiros, tanto nos serviços públicos quanto nos contratados, devendo representar um novo padrão de prática e demandar reorientação de preparo desses profissionais, principalmente voltado ao desenvolvimento de competências para o gerenciamento de serviços na Rede Básica de Saúde, para atender os princípios da universalidade, igualdade, integralidade, equidade, racionalidade, descentralização, democratização, eficiência, eficácia e efetividade (BRASIL, 2007a).

Portanto, é grande o desafio de assistir e ensinar no contexto da descentralização da saúde, pois a administração do município tem assumido gradativamente a responsabilidade de organizar e desenvolver o sistema municipal de saúde, onde se insere o conjunto de ações que caracterizam a atenção à saúde oferecida pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Saúde ou Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), consideradas como “porta de entrada” do usuário para o sistema. Isto porque devem atender a um determinado grupo populacional residente na área geográfica de sua abrangência, articuladas a um conjunto de outros serviços em níveis de atenção diferentes (MISHIMA, 1995; 2003; PASSOS, 2004; CAMPOS et al, 2007).

Além disso, ao acompanhar a discussão presente no cotidiano acadêmico e em eventos científicos de âmbito regional e nacional que tratam da eficiência, eficácia e efetividade dos serviços públicos de saúde, como nas Conferências Municipais e Estaduais de Saúde, na Mostra Nacional de Vivências Inovadoras de Gestão no SUS e em Seminários Nacionais de Pesquisa na Enfermagem, observamos que este tema têm sido alvo de inúmeras críticas e questionamentos, em função da pouca resolutividade (WEIRICH et al, 2006)

Isso, sem dúvida sinaliza que o modelo de gestão empregado na prática parece não atender às necessidades sociais. Esse movimento constitui cada vez mais um grande desafio quando estamos envolvidos com o aluno na prática do exercício da gerência, pois cria um hiato entre o discurso do ideal e as contradições da prática.

Estudos como os de Formiga (2000), Simões e Fávero (2000), Ciampone e Kurcgant, (2004); Vale e Guedes, (2004), Vanderlei e Almeida (2007); Peres (2006), Resck (2006), Meira (2007) descrevem os impasses que as Escolas de Enfermagem enfrentam na formação dos enfermeiros no que diz respeito ao seu papel gerencial, de modo que eles consigam ter um posicionamento crítico, contextualizado e articulado da realidade social e do perfil epidemiológico, de modo a identificar os problemas da população e as maneiras de intervir para transformá-la.

Por compartilharmos a visão dos referidos autores e por reconhecermos o papel estratégico do enfermeiro na equipe de saúde no campo de Atenção Básica à Saúde é que nos propusemos a conhecer, por meio de um diagnóstico situacional, o processo gerencial dos enfermeiros que atuam na Rede Básica de Saúde em Goiânia. Com isso, pretendemos tornar sua ação mais visível e valorizada no contexto da prática.

Acreditamos que este estudo possa facilitar também a busca por modelos mais interativos para a formação do enfermeiro ainda no contexto da Universidade, até porque essa é uma necessidade urgente sinalizada pelas Diretrizes Curriculares para o ensino de graduação em Enfermagem (BRASIL, 2001a).

Como docente da FEN/UFG, temos assistido ao esforço do grupo de professores no sentido de atender às Diretrizes Curriculares Nacionais quando da construção dos pressupostos da reforma curricular, ocorrida recentemente, e no

investimento para o financiamento de um projeto de mudança por meio do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRO-SAÚDE (BRASIL, 2007d).

Os pressupostos do PRO-SAÚDE e das Diretrizes Curriculares da Graduação em Enfermagem apontam aspectos importantes para o ensino do enfermeiro enquanto gestor de serviços e pessoas e colocam o desafio para uma reflexão sobre a realidade atual das oportunidades de ensino na prática, bem como sobre as reais necessidades dos alunos e das exigências do trabalho em saúde.

Nesse sentido, um dos grandes desafios na implantação do PRO-SAÚDE é a aproximação da Universidade com os Serviços, numa relação de parcerias e não de simples usuária do campo de prática. Assim, é fundamental que, como docentes, pensemos em formas de trabalho com os enfermeiros do Serviço, estreitando relações de modo a construir um espaço de troca recíproca e aprendizado permanente.

Acreditamos que seja possível fortalecer nossa parceria com os enfermeiros dos serviços da Rede Básica de Saúde, já que os resultados do estudo podem apontar aspectos que fortaleçam e tornem mais visíveis as ações desses profissionais, ao mesmo tempo em que pode também mostrar suas fragilidades para que possamos, em conjunto, buscar formas de avançar na construção de um projeto de educação permanente que sirva de apoio para o aprimoramento do papel gerencial do enfermeiro.

A formação do enfermeiro, portanto, além do aspecto relacional, deve também levar em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população, instrumentalizando os profissionais para a abordagem dos determinantes da saúde e da doença da população na comunidade em todos os níveis do sistema de saúde,

respeitando as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem aprovadas pelo Ministério da Educação - MEC. (BRASIL, 2001a).

O fato de focarmos nas Diretrizes Curriculares e no PRO-SAÚDE se justifica, pois eles têm a perspectiva de integrar as Instituições de Ensino Superior ao Serviço Público de Saúde para dar respostas às necessidades concretas da população na formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e na prestação de serviços, direcionados à consecução dos princípios do SUS e ao fortalecimento do sistema de atendimento à saúde da população brasileira.

Tendo em vista a formação do enfermeiro voltada ao desenvolvimento do processo gerencial e a ação desse profissional para trabalhar dentro de uma perspectiva que vem se mostrando cada vez mais complexa, preocupamo-nos em entender como os enfermeiros do serviço na Rede Básica de Saúde de Goiânia desenvolvem o processo gerencial, como classificam suas ações gerenciais e quais são suas limitações.

Nossa preocupação ampara-se na necessidade de tornar esses aspectos mais visíveis para as instituições que formam esses profissionais, de modo a mobilizá-las na busca de propostas de ensino da gestão de saúde que atendam melhor à formação do profissional e sejam, de fato, transformadoras da prática.

Assim, realizar um diagnóstico situacional do processo gerencial desenvolvido pelos enfermeiros pode constituir-se em uma importante ferramenta para auxiliar a função gerencial da qualidade do cuidado, fornecer subsídios ao planejamento de ações em saúde, otimizar recursos e melhorias no relacionamento com a equipe de saúde, bem como dar maior visibilidade ao trabalho do enfermeiro.

Como formadores de recursos humanos para a saúde, nossa preocupação com o desenvolvimento desta pesquisa ancora-se em alguns

questionamentos: como os enfermeiros da Rede Básica de Saúde em Goiânia desenvolvem o processo gerencial nos serviços de saúde? enfermeiro em Saúde Pública tem visão da sua ação gerencial? como o enfermeiro em Saúde Pública caracteriza a sua ação gerencial? sob a ótica do enfermeiro gerente, quais são os aspectos da sua formação que fundamentam sua ação gerencial?

O desenvolvimento do estudo justifica-se, também, na intenção de que, apresentando um diagnóstico situacional do processo gerencial desenvolvido pelo enfermeiro na Rede Básica de Saúde, esse conhecimento possa ser utilizado pelos enfermeiros nas suas ações, auxiliando-os na sistematização do planejamento das ações gerenciais de Secretárias de Saúde, bem como subsidiando os docentes no ensino de administração dos Cursos de Enfermagem e contribuindo para fortalecer a integração entre o ensino e os serviços de saúde.

Objetivos

2 – OBJETIVOS

- OBJETIVO GERAL

- Diagnosticar elementos do processo gerencial do enfermeiro na Rede Básica de Saúde no município de Goiânia – GO.

– OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Caracterizar o perfil demográfico, de formação e inserção do enfermeiro gerente nos serviços da Rede Básica de Saúde do município de Goiânia – GO.
- Descrever o trabalho gerencial desenvolvido pelos enfermeiros na Rede Básica de Saúde do município de Goiânia - GO.
- Identificar as características necessárias para o desenvolvimento do trabalho gerencial na Rede Básica de Saúde em Goiânia na perspectiva dos enfermeiros.

Referencial Teórico

3 – REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico para esta pesquisa foi elaborado levando-se em conta três eixos temáticos que dão sustentação ao nosso objeto de estudo.

O primeiro refere-se às tendências e desafios das políticas públicas de saúde no Brasil, pontuando aspectos históricos, políticos, econômicos e técnicos que interferiram na construção do Sistema de Saúde vigente no País e que ainda interferem no processo de implementação do Sistema Único de Saúde.

O segundo eixo diz respeito à gestão do trabalho na saúde tendo o SUS como norteador deste o trabalho em saúde, considerando as tendências atuais das políticas de saúde na formação dos recursos humanos, o cenário da descentralização, cuja gestão de serviços é organizada e implementada em redes de atenção à saúde, atendendo nos vários níveis de atenção, segundo os diferentes níveis de densidade tecnológica.

O terceiro eixo trata do processo gerencial desenvolvido pelo enfermeiro em serviços de saúde pública e sua interface com a gestão de serviços públicos de saúde. Nesse eixo, pretendemos explorar a função gerencial no trabalho do enfermeiro, conceitos, características e novas tendências na área, tentando compreender a complexidade do trabalho e as características essenciais que nos permitam refletir como é a rotina no dia-a-dia nos serviços de saúde pública. Verificamos o que lhe é próprio, como se desenvolve e organiza, apontando as necessidades de adequação do ensino de enfermagem tendo em vista as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde.

3.1 – A gênese das Políticas de Saúde no Brasil

Com a intenção de facilitar o entendimento sobre o percurso das políticas de saúde no Brasil, faremos neste item um breve resgate histórico dos aspectos políticos, econômicos e sociais que, de maneira direta ou indireta, contribuíram para a criação do Sistema Único de Saúde em 1988, aprovado pela Constituição Federal. Depois de transcorridos aproximadamente 20 anos, podemos hoje dizer que tanto seus pontos fortes como seus limites e dificuldades de implementação têm interferências da herança de todo um processo histórico de construção do sistema de saúde brasileiro.

Atualmente, o SUS representa o modelo vigente de política de saúde no Brasil, com o qual se articula o conjunto das ações governamentais no setor. A construção do SUS é um processo que a diretriz da descentralização das ações e dos serviços de saúde vem desenhando desde o movimento pela Reforma Sanitária na década de 1970. Assim, para compreendermos este processo, é necessário revermos a história, o movimento de forças políticas e ideológicas que levaram à sua formulação.

Inúmeros avanços da sociedade brasileira foram necessários para consolidar o Sistema Único de Saúde, mas certamente muitos dos limites e estrangulamentos sentidos durante todo o processo de construção desse sistema e que até hoje perduram foram influenciados pelas várias transformações da sociedade brasileira. Alguns acontecimentos remanescentes do fim do século XIX e início do século XX colaboraram para isso, em especial no campo político. Por exemplo, destacamos a proclamação da República, em 1889, que foi embalada na idéia de modernizar o Brasil (CAMPOS et al, 2007). Outras influências também

podem ser apontadas fora do âmbito dos acontecimentos políticos, como no campo econômico, a crise do ciclo cafeeiro e a aceleração do processo industrial e no campo social, a urbanização, a imigração e os movimentos sociais ou, ainda no setor cultural, a Semana da Arte Moderna em 1922. Mesmo que a Proclamação da República não tenha alterado substancialmente o quadro político, mantendo no poder os grupos oligárquicos, é importante destacar que mudanças foram produzidas principalmente nos setores econômico e social (RIZZOTTO, 1999).

Mesmo o Brasil sendo um país predominantemente rural no início do século passado, com um contingente de analfabetos e doentes estimado em 70% no censo de 1920 (BRASIL, 2007a), essa situação de carências múltiplas colaborou para fazer emergir questões sociais associadas às primeiras manifestações operárias urbanas, com intensos conflitos entre capital e trabalho, acompanhados de violenta repressão e ausência de canais legais de articulação que pudessem atender aos interesses da população (BRASIL, 2007a).

A falta de um modelo sanitário para o país deixava as cidades brasileiras à mercê das epidemias. No início do século XX, a cidade do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caótico, caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam a população, como a varíola, a malária, a febre amarela e, posteriormente, a peste bubônica. Este quadro acabou gerando sérias consequências, tanto para a saúde coletiva quanto para outros setores, como o do comércio exterior, visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em virtude da situação sanitária existente na cidade (RIZZOTTO, 1999).

As práticas sanitárias realizadas pelos serviços públicos concentravam-se na desordem urbana, no combate às doenças epidêmicas, na higiene e no

controle dos hábitos da sociedade. Nesse modelo, a execução das ações ficava a cargo da Polícia Sanitária, das brigadas anti-mosquitos e das Delegacias Sanitárias que, apesar de apresentarem uma certa eficiência sob o ponto de vista epidemiológico, foram muito criticadas na época pela imprensa, pelos intelectuais e pela população, principalmente porque utilizava medidas autoritárias, sem ações que visassem à melhoria da qualidade de vida da população (RIZZOTTO, 1999; ALMEIDA, CHIORO e ZIONI, 2001).

No entanto, a incorporação dos novos conhecimentos clínicos e epidemiológicos às práticas de proteção da saúde coletiva levaram os governos republicanos, pela primeira vez na história do país, a elaborar minuciosos planos de combate às enfermidades que reduziam a vida produtiva da população. Diferentemente dos períodos anteriores, a participação do Estado na área da saúde tornou-se global: não se limitava às épocas de surto epidêmico, mas estendia-se por todo o tempo e a todos os setores da sociedade (BRASIL, 2007a).

A contínua intervenção estatal nas questões relativas à saúde individual e coletiva revela a criação de uma “política de saúde”. A atenção para as epidemias nas cidades, como a da peste bubônica em 1899 no porto de Santos, esteve na origem da criação, em 1900, das duas principais instituições de pesquisa biomédica e saúde pública do País: o Instituto Soroterápico Federal – transformado posteriormente em Instituto Oswaldo Cruz (1908) e Fundação Oswaldo Cruz (1970), no Rio de Janeiro, e o Instituto Butantã, na cidade de São Paulo (IYDA, 1994; LIMA et al, 2005).

Nessas instituições, uma nova geração de médicos, formados segundo o paradigma da bacteriologia e influenciados pela pesquisa científica praticada na França e na Alemanha, começaria a exercer forte influência nas concepções sobre

as doenças transmissíveis e nas propostas de ações em Saúde Pública (LIMA et al, 2005).

Um ativo movimento de Reforma Sanitária ganhou corpo no Brasil durante a Primeira República, sob a liderança da nova geração de médicos higienistas, alcançando importantes resultados. Entre as conquistas, destacamos a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920. Durante a Primeira República, foram estabelecidas as bases para a criação de um Sistema Nacional de Saúde, caracterizado pela concentração e pela verticalização das ações no governo central (SINGER, 1988; PIRES, 1989; IYDA, 1994).

As medidas de proteção social e, em particular, a assistência médica só viriam a ter um reconhecimento legal como política pública com a aprovação da Lei Elói Chaves, de 1923, resultado do crescente impacto do que passou a ser definido como a questão social no país. Até então, muitas categorias de trabalhadores organizavam associações de auxílio mútuo para lidar com problemas de invalidez, doença e morte (PIRES et al, 1989; BRASIL, 2007a).

Considera-se a Lei Elói Chaves, que regulamentou a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), como o momento inicial da responsabilização do Estado pelo controle da concessão de benefícios e serviços, especialmente da assistência médica. As CAPs eram organizações de direito privado, criadas para grupos específicos de servidores, um modelo em que os benefícios dependiam das contribuições dos segurados (SINGER et al, 1988; ESCOREL, NASCIMENTO e EDLER, 2005).

3.1.1- Da institucionalização da Saúde Pública à Reforma Sanitária

O governo do Presidente Vargas em seu primeiro mandato (1930 a 1945) é reconhecido pela literatura como um marco na configuração das políticas sociais no Brasil (BRASIL, 2007a). As mudanças institucionais que ocorreram a partir de 1930 moldaram a política pública brasileira, estabelecendo uma estrutura jurídica e material que subsidiaria o sistema de proteção social até um período recente. Em 1939, regulamenta-se a justiça do trabalho e, em 1943, é homologada a *Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT)*. A crescente massa assalariada urbana passa a constituir-se no ponto de sustentação política do novo governo de Getúlio Vargas. Essas ações se configuram como dádivas do Governo e do Estado e não como conquista dos trabalhadores (BRASIL, 2007a).

No que diz respeito à Previdência Social, a política de Estado buscou estender a todas as categorias dos operários urbanos organizados os benefícios da previdência. Assim, as antigas CAPs são substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Nesses institutos, os trabalhadores eram organizados por categoria profissional (marítimos, comerciários e bancários,) e não por empresa (SINGER et al, 1988; MENDES, 1999; RIZZOTTO, 1999).

As políticas de saúde então implementadas corresponderam a alterações em diversos campos. Na esfera institucional, a principal mudança consistiu na criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), que tinha sob sua responsabilidade a saúde pública, ou melhor, tudo que dissesse respeito à saúde da população e que não se encontrava na área da medicina previdenciária, desenvolvida no Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (BRASIL, 2007a).

O MESP fazia a prestação de serviços para aqueles identificados como pré-cidadãos: os pobres, os desempregados, os que exerciam atividades informais, ou seja, todos aqueles que não se encontravam habilitados a usufruir dos serviços oferecidos pelas caixas e pelos serviços previdenciários (BRASIL, 2007a).

Tal dualidade tornou-se uma das marcas do sistema de proteção social de saúde no Brasil, formalizando, no campo da saúde, uma separação, uma distinção institucional entre duas áreas de gestão em políticas públicas de saúde, o que marcaria definitivamente as ações de saúde no Brasil (LIMA et al, 2005).

Com a promulgação de uma nova Constituição em 1946, o país inicia um período de 19 anos de experiência democrática. A saúde pública, ainda que herdeira dos aparatos estatais construídos nos 15 anos do primeiro governo Vargas, teve sua estrutura centralizada com múltiplos programas e serviços verticalizados para implementar campanhas e ações sanitárias, o que vemos até os dias atuais, quando muitas ações e serviços ainda são estruturados e implementados de forma verticalizada (BRASIL, 2007a).

Os marcos institucionais para a saúde pública desse período democrático foram a criação do Ministério da Saúde, em 1953, a reorganização dos serviços nacionais no Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), em 1956; a implementação da campanha nacional contra a lepra e das campanhas de controle e erradicação de doenças, como a malária, de 1958 a 1964 (IYDA, 1994; PIRES, 1989).

A realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde (3ª CNS), em dezembro de 1963, pode ser considerado o último evento na experiência democrática daquela época, quando já se podia observar nos temários da conferência e nos discursos do Presidente da República, João Goulart, uma

avaliação crítica da realidade sanitária, assim como uma proposta de municipalização dos serviços de saúde, como uma forma de distribuição de responsabilidades entre os Entes Federativos. Isso nos sugere que a descentralização e a municipalização dos serviços de saúde hoje preconizados pelo SUS tem sua raiz plantada antes da ditadura militar (BRASIL, 2007a).

O governo militar de 1964 a 1985 implantou reformas institucionais que afetaram profundamente a saúde pública e a medicina previdenciária. Com a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, concentraram-se todas as contribuições previdenciárias, ao mesmo tempo em que o novo órgão passou a gerir as aposentadorias, as pensões e a assistência médica de todos os trabalhadores formais, embora excluísse dos benefícios os trabalhadores rurais e uma gama de trabalhadores urbanos informais (MENDES, 1999; FILHO, 2003).

O período militar caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde, sendo assim a saúde pública ficou relegada ao segundo plano, tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia (FILHO, 2003; BRASIL, 2007a).

A carência de recursos, que não chegavam a 2% do Produto Interno Bruto (PIB), colaborava com o quadro de decadência, com graves conseqüências para a saúde da população. Os habitantes das regiões metropolitanas, submetidos a uma política concentradora de renda, eram vítimas das péssimas condições de vida que resultavam em altas taxas de mortalidade. Este quadro seria ainda agravado com a repressão política que atingiu também o campo da saúde, com cassações de

direitos políticos, exílio, intimidações, inquéritos policial-militares, aposentadoria compulsória de pesquisadores, falta de financiamento e fechamento de centros de pesquisas (BRASIL, 2007a).

Na década de 1970, a assistência médica financiada pela Previdência Social conheceu seu período de maior expansão em número de leitos hospitalares disponíveis, em cobertura e em volume de recursos arrecadados, além de dispor do maior orçamento de sua história (MENDES, 1999; BRASIL, 2007a).

A construção ou a reforma de inúmeros hospitais privados com recursos financeiros da previdência social, associada ao enfoque na medicina curativa foi concomitante à grande expansão das faculdades particulares de medicina por todo o país. O INPS financiou a fundo perdido as empresas privadas que desejassem construir seus hospitais (ESCOREL, NASCIMENTO e EDLER, 2005).

Em 1975, com a crise do modelo econômico implantado pela ditadura militar, começam a aparecer as fragilidades do modelo de saúde previdenciário, que, por ter priorizado a medicina curativa, foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias, as epidemias e os indicadores de saúde (FILHO, 2003).

Esses indicadores de saúde apresentavam um cenário, de aumento das taxas de mortalidade infantil, aumentos constantes dos custos da medicina curativa, centrada na atenção médico-hospitalar de complexidade crescente; incapacidade do sistema em atender a uma população cada vez maior de marginalizados que, sem carteira assinada e contribuição previdenciária, viam-se excluídos do sistema; desvios de verba do sistema previdenciário para cobrir despesas de outros setores e para realização de obras por parte do governo federal; e o não-repasse pela União

de recursos do tesouro nacional para o sistema previdenciário, visto ser esse tripartite (empregador, empregado e União) (BRASIL, 2007a).

No final da década de 70, é notório o esgotamento do modelo médico-assistencial privatista, juntando-se a isso a insatisfação de usuários, prestadores de serviço e trabalhadores de saúde, somada à perda da qualidade dos serviços prestados. Isso acentuou a necessidade de se rever a configuração do modelo assistencial, indicando a emergência em renová-lo, num contexto de grande crise econômica e com o processo de redemocratização do país. Esses momentos caracterizaram, fundamentalmente, as políticas de saúde no período de 1980-90 (IYDA, 1994; MENDES, 1999; FILHO, 2003).

A década de 1980 inicia-se com um movimento cada vez mais forte de contestação ao sistema de saúde governamental. As propostas alternativas ao modo oficial de Atenção à Saúde caracterizam-se pelo apelo à democratização do sistema, com participação popular, à universalização dos serviços, à defesa do caráter público do sistema de saúde e à descentralização (MENDES, 1999).

Ao mesmo tempo, o agravamento da crise da Previdência Social, em 1981, resultou no lançamento do chamado “pacote da previdência”, que previa o aumento das alíquotas de contribuição, a diminuição dos benefícios dos aposentados e a intervenção na área da assistência médica da Previdência Social. Nesse contexto, teve origem o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciário (Conasp) (BRASIL; 2007a; ALMEIDA, CHIORO e ZIONI, 2001).

Com o advento da Nova República e o fim do regime militar em 1985, as lideranças do movimento sanitário assumem efetivamente posições de destaque nas instituições responsáveis pela política de saúde no país. Como expressão dessa nova realidade, um marco foi a convocação, em 1986, da 8ª Conferência Nacional

de Saúde, sob a presidência de Sérgio Arouca, então presidente da Fundação Oswaldo Cruz. Este evento é considerado o momento mais significativo do processo de construção de uma plataforma e de estratégias do movimento pela democratização da saúde em toda a sua história (SCOREL, NASCIMENTO e EDLER, 2005).

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre 17 e 21 de março de 1986, em Brasília, foram lançados os princípios da Reforma Sanitária. Nessa Conferência, que contou com a presença de mais de 4 mil pessoas, evidenciou-se que as modificações no setor da saúde transcendiam os marcos de uma simples reforma administrativa e financeira. Havia necessidade de uma reformulação mais profunda, com a ampliação do conceito de saúde e da sua correspondente ação institucional (MENDES, 1999, BRASIL, 2007a).

O documento final define o conceito de saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Este documento serviu de base para as discussões na Assembléia Nacional Constituinte (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde foi aprovada a criação de um Sistema Único de Saúde, concebido sob um novo arcabouço institucional, com a separação total da saúde em relação à Previdência. O financiamento e a discussão da operacionalização ainda deveriam ser mais aprofundados, sendo necessária a organização de fundos únicos de saúde nos três níveis da Federação. Propôs-se a criação de um grupo executivo da Reforma Sanitária, convocado pelo Ministério da Saúde, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CORDEIRO, 2004).

Como resultado das diversas propostas em relação ao setor de saúde apresentadas na Assembléia Nacional Constituinte, a Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do Sistema Único de Saúde, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, eqüidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população (CONASS, 2003).

3.1.2 - O Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa o modelo vigente de política de saúde no Brasil, com o qual deve articular-se o conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Estrutura-se em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 2007a). Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, aglutina o conjunto das entidades públicas de saúde existentes no âmbito municipal, estadual e nacional, e também os serviços privados de saúde que o integram de forma complementar, quando contratados ou conveniados (CAMPOS et al, 2007).

No texto Constitucional de 1988, a saúde é incluída no capítulo da Seguridade Social, que é o conjunto das ações de Saúde, Previdência Social e Assistência Social, com financiamento comum. Esses serviços são organizados de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridades para as atividades previstas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III. Participação da comunidade (CARVALHO e SANTOS, 1995).

A Constituição brasileira estabelece que a saúde é um dever do Estado. Aqui, devemos entender Estado não apenas como o governo federal, mas como Poder Público, abrangendo a União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios.

Para organizar o funcionamento do SUS, foram elaboradas e aprovadas as Leis Orgânicas de Saúde (LOS): Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90. A primeira dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

O artigo 9º desta Lei determina que a direção do SUS deve ser única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida, em cada esfera de governo, pelos seguintes órgãos:

- I. no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- II. no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e
- III. no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

O artigo 7º desta Lei estabelece que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes no art.198, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

universalidade de acesso aos serviços de saúde em, todos os níveis de assistência;

- I. integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

-
- II. preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
 - III. igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
 - IV. direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
 - V. divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
 - VI. utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
 - VII. participação da comunidade;
 - VIII. descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde
 - IX. integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
 - X. conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
 - XI. capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
 - XII. organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (CARVALHO e SANTOS, 1995; ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2002).

A Lei 8.142/90 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.

Essa legislação tem sido operacionalizada por meio de diversas Portarias do Ministério da Saúde, particularmente as que originaram as Normas Operacionais Básicas (NOB). Essas normas definiram as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios pudessem assumir as novas atribuições no processo de implementação do SUS (BRASIL, 2007a).

Várias Normas Operacionais Básicas foram publicadas (NOB) – SUS 01/1991, 01/1992, 01/1993 e 1996 e em 2001 foi publicada a primeira Norma Operacional da Assistência a Saúde NOAS/SUS 01/2001, que posteriormente foi revisada e publicada como NOAS/SUS 01/2002 (BRASIL, 2007a).

O conteúdo das normas é definido de forma pactuada entre Ministério da Saúde e representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Os objetivos das Normas Operacionais são principalmente: induzir e estimular mudanças no SUS; aprofundar e reorientar a implementação do SUS; definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimentos tático-operacionais; regular as relações entre seus gestores e normatizar o SUS (BRASIL, 2006; 2007a).

Cabe ressaltar que a formulação da NOB – SUS 01/96 aponta para uma reordenação do modelo de atenção a saúde. As gestões municipais passam a ter responsabilidade dos níveis de Gestão Plena da Atenção Básica e de Gestão Plena do Sistema Municipal, ambas recebendo recursos de forma regular e automática para o atendimento básico, na forma do PAB (Piso da Atenção Básica), que foi

definido pela portaria nº 650/GM de 28 de março de 2006, como uma parte fixa e uma parte variável do PAB. O valor nacional da parte fixa é de R\$ 13,00 habitante/ano, a ser transferido fundo a fundo de forma regular e automática, aos municípios habilitados na NOB/SUS 01/96. (BRASIL, 2006; BRASIL, 2007c).

Além disso, os municípios recebem também recursos da parte variável do PAB, como forma de incentivo, para assistência farmacêutica básica, saúde da família, agentes comunitários, carência nutricional, vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2002; PASSOS, 2004).

A transferência de recursos para os municípios, não se faz apenas por meio do PAB fixo e PAB variável, que financiam a Atenção Básica, mas pela transferência de recursos para procedimentos de Média e Alta Complexidade (MAC) e pelo Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (Faec), conforme o atributo de nível de complexidade e forma de financiamento definido para cada procedimento da tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI) e pela tabela do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) (BRASIL, 2007e).

Os municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal recebem os recursos da assistência especializada ambulatorial e hospitalar fundo a fundo, além dos recursos da assistência básica (BRASIL, 2007 a).

Na NOB- SUS 01/96, gerência é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde como ambulatório, hospital ou instituto que se caracteriza como prestador de serviço ao sistema. Já a gestão é entendida como atividade e responsabilidade de dirigir um sistema de saúde, municipal, estadual ou nacional mediante o exercício de função de coordenação, articulação, planejamento, controle, avaliação, auditoria. São, portanto, gestores do

SUS os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministério da Saúde, que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2002).

A descentralização, com ênfase na municipalização da gestão dos serviços de saúde, constituiu a mudança mais significativa no aspecto político-administrativo do Sistema de Saúde. Contudo, a descentralização não se esgota na municipalização e regionalização da saúde e não se viabiliza sem a transferência de recursos financeiros necessários à execução das ações de competência local (JUNQUEIRA, 1997; CAMPOS et al, 2007).

Na lógica da descentralização, compete ao SUS a oferta de serviços básicos de atenção à saúde para a maioria da população brasileira, ação de responsabilidade intransferível dos municípios, organizada entre outras por meio de Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família. Além desses serviços, completam a rede do SUS o conjunto dos serviços ambulatoriais especializados, serviços de diagnose e terapia e rede hospitalar gerenciados pelo município, pelos Estados e pela União, assim como serviços universitários públicos, contratados ou conveniados de caráter privado, filantrópicos e lucrativos (CAMPOS et al, 2007)

Desde 1999, implantou-se um processo avaliativo do movimento de descentralização, buscando identificar os estrangulamentos e as possibilidades de avanço do SUS. Como resultado de alguns estudos, foi elaborada a Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS- SUS 01/2001), que tem como premissa as funções de controle, regulação e avaliação, coerentes com os processos de planejamento, programação e alocação de recursos de saúde.

Portanto, o objetivo da NOAS/SUS 01/2001 é de promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos níveis de atenção. O processo de regionalização passou a ser uma estratégia de hierarquização dos serviços de saúde, instituindo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenamento deste processo em cada Estado e no Distrito Federal e definiu que cabe às secretarias de Saúde dos Estados a elaboração do PDR em consonância com o Plano Estadual de Saúde (BRASIL, 2007b).

Uma das partes que integram o PDR é o Plano Diretor de Investimentos (PDI), que visa a identificar prioridades e desenvolver estratégias de investimentos, com a intenção de equalizar a oferta de recursos assistenciais na Rede de Atenção à Saúde. No âmbito regional, deve tentar alcançar a suficiência na Atenção Básica e parte da Média Complexidade, contemplando também a área de vigilância em saúde (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2002; BRASIL, 2007b).

No que diz respeito ao melhoramento do acesso e da qualidade da atenção básica, a NOAS/SUS 01/2001 instituiu a Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada e definiu áreas estratégicas mínimas para a habilitar nesta condição, o controle da tuberculose, hipertensão e diabetes mellitus; a eliminação da hanseníase; o atendimento à saúde da criança, mulher e bucal (BRASIL, 2007b).

No entanto, muitas complementações no processo normativo do SUS são discutidas desde 2003 e, conforme a compreensão dos Gestores Estaduais, fazia-se necessário levar em conta a ampla diversidade do país com a elaboração de uma nova norma que contribuísse para a construção de um modelo de atenção que contemplasse os princípios do SUS e estivesse amparado pela responsabilidade

sanitária de acordo com a realidade de cada Estado e região (BRASIL, 2007a; 2007b).

Na reunião do Conselho Nacional de Saúde do dia 9 de fevereiro de 2006 foi aprovado o Pacto pela Saúde, após uma construção consensual da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), composta pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e pelo Ministério da Saúde. Esse processo de pactuação tem como finalidade qualificar a gestão pública do SUS, buscando maior efetividade e eficiência de suas respostas (BRASIL, 2007a).

Atualmente a normatização que define a operacionalização do SUS está organizada via Pacto pela Saúde, (Portaria GM/MS n. 399 publicada em 22 de fevereiro de 2006) com a propósito de enfrentar aos atuais desafios da gestão e organização do sistema, para dar respostas concretas às necessidades de saúde da população brasileira e principalmente tornar a saúde uma política de Estado mais do que uma política de governo (BRASIL, 2007a).

Neste sentido, foram definidas três dimensões no Pacto pela Saúde: Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela Vida e Pacto de Gestão. Este atualmente define as diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS, fornecendo subsídios fundamentais à organização de práticas de gestão e passa a considerar a política de recursos humanos para o SUS como um eixo estruturante que deve buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde, ao mesmo tempo que lida com conflitos e busca a humanização das relações de trabalho (BRASIL; 2007a; 2007b, CAMPOS et al, 2007).

No Pacto em Defesa do SUS, os gestores reconhecem a necessidade de romper os limites setoriais e levar a discussão sobre a política pública de saúde para

a sociedade organizada, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais. As prioridades definidas são: implementar um projeto permanente de mobilização social; elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários do SUS (BRASIL, 2007 a).

O Pacto pela Vida, como instrumento do Pacto pela Saúde, representa uma mudança radical na forma de pactuação do SUS vigente até agora. A trajetória do SUS mostra que o sistema público de saúde vem sendo mudado, de tempos em tempos, por meio de reformas incrementais que se materializaram em normas operacionais (NOBs e NOAs), que fixavam-se, prioritariamente, em processos operacionais, distanciando-se de compromissos com resultados sanitários (BRASIL; 2006; 2007 a).

No Pacto pela Vida, também está previsto que a definição de objetivos deve ser estabelecida, por meio de metas nacionais, estaduais e municipais. Essa é uma mudança operacional importante, porque não há que se impor metas nacionais a Estados, nem metas estaduais a regiões e municípios. Portanto, pacto é negociação equilibrada entre atores e não imposição de uma das partes sobre a outra (BRASIL; 2006; 2007 a).

O Pacto de Gestão apresenta como objetivos definir a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS, federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação, e estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na descentralização, regionalização, financiamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação e controle social, planejamento, gestão do trabalho e educação na saúde.

Com a aprovação das diretrizes do Pacto de Gestão, inicia-se um processo de descentralização nos aspectos administrativos relativos à gestão para

as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), Já não será mais necessário o envio de processos de credenciamento de serviços e projetos para implantação ao Ministério da Saúde. Deste modo, a proposta é de que gradativamente os Estados, em parceria com os municípios, definam os modelos organizacionais a serem implantados de acordo com a realidade de cada região do país (BRASIL, 2007a).

A regionalização é reafirmada como uma diretriz do SUS pelo pacto de gestão, com o qual se pretende melhorar o acesso a serviços de saúde, desenvolver sistemas eficientes e efetivos e, com isso, criar as bases territoriais para o desenvolvimento de redes de atenção à saúde. O processo de regionalização envolverá diferentes territórios sanitários, que podem apresentar-se como uma micro-área de abrangência de um agente de saúde, ou uma área de abrangência de uma equipe de saúde da família, ou, ainda, uma unidade básica de saúde. Portanto, a regionalização deixa de ser entendida como uma regionalização espacial e passa para uma regionalização da atenção à saúde (CARVALHO, SANTOS, 1995; CAMPOS et al, 2007).

O financiamento do SUS é de responsabilidade das três esferas de governo e está normatizado pela Emenda Constitucional nº 29, que estabeleceu destinação específica mínima das receitas municipais, estaduais e estipulou as despesas da União com base nos recursos utilizados em 2000, acrescidos da variação nominal anual do PIB (CAMPOS et al, 2007).

A principal mudança no financiamento, relativo ao custeio das ações e serviços de saúde, é a alocação dos recursos federais em cinco blocos, que são: atenção básica, atenção de média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão do SUS. Desta forma, os Estados e municípios

têm maior autonomia para alocação dos recursos de acordo com as metas e prioridades estabelecidas nos planos de saúde (BRASIL, 2007a).

O processo de operacionalização do SUS via pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão, é recente e está começando a ocorrer entre os Estados, Distrito Federal e municípios, o que não permite uma avaliação até o momento. No entanto, a área de gestão do trabalho parece caminhar para um delineamento, com inclusão da área de gestão, em todos os processos de pactuação (BRASIL, 2007b).

A gestão do trabalho no SUS é parte da gestão do trabalho da administração pública em geral e está relacionada ao contexto político e econômico mundial. Pode ser compreendida por três grandes eixos: a mudança do modelo de Estado, que passa de um modelo provedor para um modelo regulador; reestruturação produtiva, que traz novas formas de relação de trabalho; e a incorporação tecnológica, que introduz novas práticas e novos processos de trabalho (Brasil, 2007a).

A reestruturação produtiva ocorre em função das visíveis transformações nos países latino-americanos, com a incorporação de modernas tecnologias organizacionais, gerenciais e industriais, e que tem ocasionado alterações no volume de empregos e no perfil de qualificação dos trabalhadores. Entre as mudanças organizacionais, destacam-se a redução dos níveis hierárquicos, a multifuncionalidade do trabalhador, o trabalho em grupo, a autonomia, a cooperação, diferente da lógica da especialização intensiva do trabalho (GARAY, SHEFFER, 2007).

3.2 – Gestão do trabalho em saúde e os recursos humanos

A qualidade da atenção à saúde exige a formação de pessoal com conhecimentos específicos e domínio de tecnologias que qualifiquem a atenção individual e coletiva. Os novos enfoques teóricos, maior produção tecnológica no campo da saúde e o novo paradigma do trabalho, que busca a valorização das pessoas como ativos organizacionais de grande importância têm início nas décadas de 1980 e 1990, recolocando a centralidade do trabalhador no processo produtivo (BRASIL, 2005a; GARAY e SHEFFER, 2007).

Amplia-se assim, a discussão sobre a gestão do trabalho, o que leva a repensar os processos de planejamento do trabalho em saúde e a qualificação do trabalhador, colocando novos desafios para os gestores que percebem a necessidade de perfis profissionais diferenciados (BRASIL, 2005a; GARAY e SHEFFER, 2007).

Durante o período que se inicia nos anos 1950 e se estende até meados dos anos 1980, a preocupação dos gestores públicos na área da saúde voltava-se para o financiamento e a organização dos serviços de saúde. A questão de recursos humanos, ainda que estivesse presente no discurso como fundamental, não se traduzia em foco de atenção vinculado à organização do trabalho na sociedade. A abordagem adotada pelo setor incluía essa questão como mais um recurso, ao lado dos recursos materiais e financeiros, ainda que as seguidas conferências nacionais de saúde, os intelectuais do setor e as conferências específicas sobre recursos humanos tenham destacado a sua importância e especificidade desde a década de 1980 (BRASIL, 2005a).

A realidade do trabalho nos dias atuais evidencia uma transformação significativa, caracterizada por uma transição na forma de administrar/gerenciar entre o modelo taylorista/fordista que vigorou entre os anos 1950 e 1970, que deixou resquícios herdados da rigidez dos modelos administrativos mais clássicos (MEDICI e SILVA, 1993). O modelo taylorista, sob o ponto de vista da produção, da organização do trabalho e da gerência, caracterizava-se por ganhos de produtividade baseados na racionalização e aproveitamento do tempo e da força de trabalho. A produtividade, no entanto não era incorporada ao salário. Além disso, o homem deveria adaptar-se à organização da produção, e não o contrário. A comunicação dentro da empresa era descendente no sentido hierárquico, e as relações entre capital e trabalho não eram negociadas, o controle de qualidade era externo à produção, feito por amostragens (MEDICI ; SILVA, 1993).

Após a Segunda Guerra, o taylorismo passou a ser questionado como um estilo de produção e gerência, abrindo, portanto, espaço para o fordismo, que se generalizou como forma de organização e gestão ao introduzir novos elementos, como a preocupação com o bem-estar físico e mental do trabalhador, a incorporação da produtividade aos salários e a livre negociação das condições de trabalho. Permanecem, no entanto, determinadas características de inflexibilidade dos processos administrativos e do uso de fatores como recursos humanos e tecnológicos (MEDICI e SILVA, 1993).

A organização do trabalho, nesses modelos acima citados, caracterizava-se pela dominância do trabalho prescrito, com poucas possibilidades de intervenção nos processos produtivos e pouca autonomia por parte dos trabalhadores, para um modelo tecnológico, baseado na intelectualização do

trabalho, cujas principais referências são o conhecimento técnico e a qualificação profissional.

As mudanças que ocorrem no contexto mais amplo da economia mundial geram a necessidade de modernização das organizações públicas e privadas. A administração participativa surge para atender à mudança no estilo de gestão, que passa a considerar o trabalhador criativo e inteligente e em processo contínuo e permanente de capacitação e aperfeiçoamento (MEDICI e SILVA, 1993; MENDES, 1999; MERHY, 2002).

Nessa conjuntura, novas competências, nas dimensões técnica, política, ética, comunicativa, entre outras, são requeridas dos trabalhadores e gestores, o que implica redefinir as formas de recrutar, selecionar, treinar e manter os profissionais em suas respectivas atividades, impondo a criação de instrumentos gerenciais indispensáveis a essa nova abordagem de gestão de recursos humanos, incidindo, principalmente, na incorporação e remuneração da força de trabalho, com requerimentos crescentes de especialização dos trabalhadores (MISHIMA et al, 2000; MERHY, 2002).

Nos últimos anos, as administrações federal, estadual e municipal, além da incorporarem seus servidores por meio de concursos públicos, lançam mão de formas de contratação e estratégias de gestão de pessoal diferenciadas, que incluem a contratação temporária, a terceirização via empresas ou cooperativas, os contratos por meio de serviços prestados, bolsas de trabalho, estágios, os contratos com entidades privadas lucrativas ou não lucrativas e os contratos de gestão com organizações sociais (BRASIL, 2007a).

No entanto, a diversidade de vínculos cria tensões na convivência das equipes no interior dos serviços, comprometendo as práticas de gerência e acirrando

conflitos pelo não cumprimento, em alguns casos, das proteções trabalhistas, com reflexos no relacionamento das equipes com os usuários e na diminuição da qualidade da assistência à saúde prestada para população. A flexibilização nas relações trabalhistas, porém, é uma realidade muitas vezes necessária para o alcance da qualidade e produtividade nos serviços (BRASIL 2007a).

No setor Saúde, essa questão se agrava com as restrições orçamentárias impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que limita os gastos com pessoal a 60% da receita corrente líquida, e com necessidade de incorporação de pessoal para atender às novas demandas trazidas pelas políticas de saúde, que vão desde a estruturação de equipes básicas da Estratégia Saúde da Família (ESF) até a gestão de serviços considerados de alta complexidade (BRASIL, 2007b).

Hoje há uma Política Nacional para reorganizar e incentivar a atenção básica como estratégia privilegiada de substituição do modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, centrado na doença e no atendimento hospitalar. A Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, considerando a expansão da Estratégia Saúde da Família e do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2006).

Estabelecer Atenção Básica resolutiva e de qualidade significa reafirmar os princípios constitucionais do SUS, na medida em que se busca, por meio desta atenção, concretizar a universalidade do acesso, a equidade e a integralidade das ações (BRASIL, 2006).

O processo de descentralização da saúde como uma estratégia de reorganização das práticas e dos serviços de saúde com vistas a consolidar o SUS assumiu gradativamente a responsabilidade de organizar e desenvolver o sistema

municipal de saúde, onde se insere o conjunto de ações que caracterizam a Atenção Básica à Saúde (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2002; MISHIMA, 2003; BRASIL, 2006).

O conjunto de ações da Atenção Básica podem ser de caráter individual ou coletivo, voltadas para a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento a reabilitação e a manutenção da saúde. Essas ações são desenvolvidas por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias participativas e democráticas, dirigidas aos habitantes de espaços bem delimitados, considerando o processo dinâmico existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006). Com isso, a pretensão é avançar rumo a um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente.

Para tanto, é necessário que os serviços de saúde sejam organizados para dar conta da situação de saúde brasileira. Atualmente, tem-se investido na proposta de organizar os serviços sob a forma de Redes de Atenção à Saúde, entendidas como a organização horizontal integrada de pontos de atenção à saúde em substituição à concepção de sistema hierarquizado (BRASIL 2007a).

Os documentos mais atuais do Ministério da Saúde têm entendido as Redes de Atenção à Saúde numa concepção de redes horizontais integradas, sem hierarquias entre os diferentes pontos de atenção à saúde. Nesta conformação os diversos pontos de atenção podem apresentar distintas densidades tecnológicas, porém sem hierarquias entre eles (MENDES, 2002, BRASIL, 2007a).

Nesta perspectiva organizacional, deve ser construída uma rede de serviço estruturada conforme uma lógica horizontalizada de relações de ajuda entre as diferentes unidades de serviço, de acordo com os tipos de incorporações

tecnológicas e a capacidade de gerar opções de enfrentamento dos problemas de saúde.

A Rede deve ser produzida coletivamente e legitimada publicamente, expressando os contratos entre produtores e usuários, sendo vital a conceituação do sistema como um modelo que tem a Rede de Atenção Básica à Saúde como “centro”, no qual deve estar claro que os serviços especializados servem como ajuda, em uma relação de produtores e clientes interestabelecimentos (MERHY e ONOCKO, 2002).

As Redes de Atenção à Saúde deverão ser organizadas de modo que cada município seja auto-suficiente na Atenção Básica à Saúde, cada microrregião seja auto-suficiente na assistência de média complexidade e cada macrorregião seja auto-suficiente na assistência de alta complexidade à saúde. A Rede de Atenção à Saúde é organizada a partir da Atenção Primária à Saúde proposta pela OMS e UNICEF, em Alma Ata, que presta uma assistência contínua a uma determinada população (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2007c, OMS, 1979).

A Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, de Alma Ata, em 1978, aprovou, por unanimidade, como meta aos países participantes a “saúde para todos no ano 2000”, tendo como definição de atenção primária “uma atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente comprovadas 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 (OMS, 1979).

A Atenção Primária representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o Sistema de Saúde, levando a assistência 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).

É importante observar que na literatura mundial pouco se encontra a terminologia “Atenção Básica à Saúde”. Seu conceito usual é “Atenção Primária à Saúde”. Este fato se deu em função do pacto mundial, de Alma Ata. Por esta influência no Brasil utilizamos a Atenção Primária e Atenção Básica como conceitos similares, ainda que a Atenção Básica não se resuma na proposta da saúde da família e dos cuidados primários de saúde. Entretanto, tem sido cada vez mais freqüente o uso do conceito Atenção Básica como referência aos serviços municipais de saúde (SOUSA, 2007; GIL, 2006; MENDES, 2002).

O entendimento da Atenção Primária à Saúde como Atenção Básica, menos complexa que os níveis de Média e Alta complexidade, nem sempre é verdadeiro, podem ser menos densos tecnologicamente, mas ainda assim muito complexos, pois as tecnologias promocionais e preventivas da Atenção Primária à Saúde e o cuidado em torno de 90% dos problemas de saúde não configuram tecnologias de baixa complexidade (BRASIL, 2007a).

Essa visão distorcida, leva a uma banalização da Atenção Primária à Saúde e a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica das práticas que exigem maior densidade tecnológica e são exercidas nos níveis considerados de maior complexidade. Portanto, essa visão ideológica da Atenção Primária como programa para cidadãos menos favorecidos deve ser substituída por uma concepção contemporânea de estruturação de redes horizontais de Atenção à Saúde (BRASIL, 2007a).

A mudança no modelo de organização do trabalho sob forma de Redes de Atenção à Saúde, a expansão acelerada e uma demanda crescente dos serviços exigem igualmente mudanças nas estratégias de gestão do trabalho na saúde e na formação de recursos humanos, com a necessidade de formação e capacitação dos trabalhadores para assumirem cargos gerenciais nos serviços de saúde (BRASIL, 2007a).

Na micropolítica do trabalho em saúde, a organização dos processos de gestão e de gerência do trabalho em saúde vão além dos espaços instituídos, pois, segundo Merhy (2002), em saúde governa desde o porteiro de uma unidade de saúde, passando por todos os profissionais de saúde, até o dirigente máximo do estabelecimento. Portanto, no que diz respeito à formação de recursos humanos, é necessário destacar a existência de uma relação que envolve usuários, trabalhadores de saúde e gestores no processo de produção e consumo de cuidados de saúde, que se dá simultaneamente, tornando-se mais uma importante especificidade do trabalho em saúde e, conseqüentemente, da formação de recursos humanos.

3.2.1 – A formação de recursos humanos em saúde

O SUS tem como uma de suas funções prioritárias ordenar a formação de recursos humanos para a Saúde. No entanto, dificilmente encontram-se profissionais com formação generalista, com visão humanística e preparados para prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade (BRASIL, 2005a).

Os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS estabelecem como sendo de responsabilidade dos gestores

das três esferas de gestão (Municipal, Estadual e Federal) buscar junto às instituições de ensino a revisão e avaliação dos currículos dos cursos da área de Saúde, fundamentando-os na articulação ensino-serviço, tendo como referência a situação epidemiológica e demográfica da região (BRASIL, 2005a).

O eixo nucleador da formação desses profissionais da saúde deve ser o seu compromisso ético e político com a população, valorizando na formação e qualificação o alargamento do conceito de saúde, a humanização, a ética, o trabalho, o ambiente, a ecologia e a cidadania, utilizando as diversas áreas de conhecimento, como a filosofia, a sociologia, a antropologia, a psicologia, a ciência política, a economia, dentre outras (BRASIL, 2004; 2005a). Mesmo a valorização de conteúdos específicos, como os de políticas de saúde e os que contemplem o pleno desenvolvimento dos trabalhadores, enfatizando o processo de trabalho em saúde, também deve nortear esse processo (BRASIL, 2005b).

A formação dos profissionais de saúde foi discutida na 12ª Conferência Nacional de Saúde. Apontou-se, então, para a necessidade de modificar o modelo de formação desses profissionais, ainda hoje centrado na atenção à doença. Destacou-se a urgência na reformulação do currículo dos cursos das áreas de saúde, considerando temas teóricos e práticos relacionados com a promoção, a vigilância e atenção integral à saúde, o controle social e o caráter multidisciplinar e interdisciplinar das práticas da saúde. A inclusão de conteúdos disciplinares diversos, como a atenção básica à saúde da família e a qualidade da atenção e organização e funcionamento do SUS deve ser levada em conta nessa reformulação curricular (BRASIL, 2004).

Em conjunto com o Ministério da Educação, o Ministério da Saúde elaborou o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

- Pró-Saúde, que tem a perspectiva de que os processos de reorientação curricular ocorram simultaneamente em distintos eixos, levando à situação fixada como meta pela Instituição de Ensino Superior (IES), que busca uma escola integrada ao serviço público de saúde e que dê respostas às necessidades concretas da população brasileira na formação de recursos humanos, com o intuito do fortalecimento do SUS (BRASIL, 2005b; CORNETTA, PEREIRA e LEFÉVRE, 2001).

Um avanço importante da estruturação da política de gestão do trabalho no Brasil foi a assimilação do conceito de Gestão do Trabalho em substituição ao de Recursos Humanos, que se objetiva pelo deslocamento da sua vinculação à ciência da administração. Essa nova direção absorve o conceito de força de trabalho da economia política com o uso descritivo e analítico dos fenômenos de mercado de trabalho tais como: emprego/desemprego, produção, renda, assalariamento e configura-se na gestão do trabalho e da sociologia do trabalho, em um mix que envolve o trabalho, o trabalhador como 'ser social' e a sociedade" (PIERANTONI, 2001; PIERANTONI, VARELA e FRANÇA, 2006).

Finalmente, é importante lembrar que há uma mobilização em todo o mundo com relação à necessidade de dar um novo tratamento à gestão dos sistemas públicos de saúde. Esse tratamento deve ultrapassar o já antigo reconhecimento de sua importância para a economia dos países, além de também, levar em conta a mobilidade que os meios de comunicação e as relações entre mercados permitem hoje aos cidadãos de todo o mundo, favorecendo as migrações de pessoas (PIERANTONI, 2001; PIERANTONI, VARELA e FRANÇA, 2006).

Aparecem com mais vigor, nas discussões entre representantes dos países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), as questões sobre solidariedade e a necessidade de organização de redes

de cooperação capazes de apoiar um caminho de correção dos desequilíbrios existentes entre as realidades dos diversos países (NOGUEIRA et al, 2004).

Com o reconhecimento da importância desse enfoque, a OMS conferiu destaque particular ao tema dos recursos humanos, dedicando a próxima década (2006 – 2015) à busca de esforços que visem à redução das desigualdades, conferindo um tratamento mais adequado ao trabalhador de saúde, isso significa um reconhecimento mundial de que as abordagens anteriores precisavam ser revistas e é também um sinal de reconhecimento da importância das pessoas como sujeitos fundamentais ao bom funcionamento dos sistemas de saúde (MENDES e MARZIALE, 2006; BRASIL, 2007a).

Nogueira et al (2004), ao se referir ao setor público de um conjunto de países da OCDE, Canadá, Dinamarca, Finlândia e Suécia indica que esses países já apresentam problemas de seleção de pessoal, fenômeno que atingirá em poucos anos a Áustria, a Alemanha e a Noruega. O Canadá e a Suécia já têm problemas de retenção de pessoal neste momento, e é notório o déficit de competências especiais no Canadá, na Itália, na Coreia, na Polônia, em Portugal e na Espanha para cobrir necessidades existentes entre os diferentes setores da economia, entre eles os sistemas de saúde (NOGUEIRA et al, 2004).

Em relação a esses países, é importante pensar em como melhorar os sistemas de gerência de recursos humanos para oferecer melhores condições organizacionais de trabalho. Como reduzir pessoal nas áreas que estão perdendo importância e aumentar em áreas de importância crescente, como criar uma imagem positiva das condições de trabalho, particularmente em setores tradicionalmente vistos como desfavoráveis, tais como o de atenção à saúde, ou ainda, como dar conta da educação permanente desse pessoal (NOGUEIRA et al, 2004).

As questões abordadas em relação aos países da OCDE resultam de avaliações de como o fenômeno da globalização atingiu esses países e quais resultados devem ser monitorados para tratar as desigualdades que se estabeleceram, no sentido de corrigir os rumos para a formulação de políticas de recursos humanos coerentes com os compromissos sociais do setor público (NOGUEIRA et al, 2004).

No caso brasileiro, este mesmo autor afirma não ser outra a necessidade de aperfeiçoar os processos seletivos de gestão do trabalho e da gestão da educação permanente, de valorizar a qualificação de todo o pessoal, com estímulo a uma visão abrangente, mas ressalta que, nessa fase, os atributos de especialização ganham protagonismo, em sintonia com as funções complexas já exercidas pelos sistemas de saúde na atualidade. Dentro desta perspectiva, faz-se necessário valorizar as carreiras estruturadas, com estímulos à progressiva formação dos trabalhadores, além de resguardar o princípio da diversidade na composição da força de trabalho (NOGUEIRA et al, 2004).

Nessa mesma perspectiva, a VII Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, realizada em Toronto em 2005, determinou que o período 2006-2015 se constituiria em “Uma Década de Recursos Humanos em Saúde”. Sendo assim, o modelo competente de gestão de pessoas para a atualidade deverá orientar a formação de recursos humanos para solucionar problemas, enfrentar desafios e apresentar resultados, devendo ainda focalizar a força intelectual, a valorização de idéias, de respostas diversificadas, de inovação e de resultados esperados (MENDES e MARZIALE, 2006).

Vale destacar que os integrantes da Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde reconheceram a importância do tema dos

recursos humanos para os sistemas de saúde, expresso em princípios básicos, que poderão iluminar a organização de futuras pautas dos países de todo o mundo, no que se refere aos sistemas de saúde, e que têm o integral apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e dos países participantes, entre eles o Brasil.

- Os recursos humanos são a base dos sistemas de saúde. A contribuição do trabalhador é fator essencial para a melhoria da qualidade de vida e de saúde.
- O trabalho em saúde é um serviço público de responsabilidade social. É necessário o equilíbrio entre os direitos sociais e as responsabilidades dos trabalhadores da saúde e as responsabilidades dos cidadãos que merecem atenção e direito à saúde (RIGOLI, ROCHA e FOSTER, 2006; BRASIL 2007b).

Os trabalhadores são protagonistas do desenvolvimento e da melhoria do sistema de saúde. O desenvolvimento dos recursos humanos em saúde é um processo social, não exclusivamente técnico, orientado para a melhoria da situação de saúde da população e da equidade social, por meio de uma força de trabalho bem distribuída, saudável, capacitada e motivada. Esse processo social tem o conjunto dos trabalhadores de saúde como um dos seus principais protagonistas (RIGOLI, ROCHA e FOSTER, 2006; BRASIL 2007b).

Com a implantação da Estratégia de Saúde da Família, que representa hoje uma importante expansão do mercado de trabalho para as categorias incluídas e também tem como objetivo a proposta de reorganização dos serviços de atenção básica, faz-se necessário e urgente repensar a formação de recursos humanos para a área da saúde (KAWATA, 2007; PIERANTONI, 2001).

No entanto, PIERANTONI (2001) adverte que a formação profissional de nível superior, na análise dos aspectos relacionados às Diretrizes Curriculares Nacionais, utilizadas para a qualificação e desenvolvimento de competências ao exercício das profissões na área de saúde, tem demonstrado inadequações de conteúdo e de práticas pedagógicas no exercício de atividades que envolvem as múltiplas necessidades do sistema de saúde.

A mesma autora considera que o ensino de graduação, para a formação gerencial e/ou administrativa, por um lado, formaliza conteúdos teóricos divorciados da realidade operacional enfrentada por esses profissionais no domínio da administração pública e, de outro, estimula conteúdos técnicos e administrativos dissociados de uma ação política e social do Estado, tais como desenvolvimento organizacional, aspectos comportamentais e sistemas administrativos (PIERANTONI, 2001; PIERANTONI, VARELA e FRANÇA, 2006).

Essas características e competências são apontadas e reforçadas atualmente como necessárias à formação dos vários profissionais da saúde, principalmente dos enfermeiros, que têm ocupado de forma significativa cargos de coordenação, de gerência e de gestão na área da saúde pública. Vários estudos realizados destacam a necessidade de o ensino estreitar as relações com o mercado de trabalho no sentido de ampliar a valorização das competências gerenciais do enfermeiro para além da dimensão técnica, contemplando as dimensões comunicativa, ética e políticas, bem como o desenvolvimento da cidadania. (PERES, 2006; ANDRÉ, 2006; VADERLEI e ALMEIDA, 2007; MEIRA, 2007; KAWATA, 2007).

Nesta mesma perspectiva, a literatura nos informa que, essas competências implicam redefinir as possibilidades de formar, selecionar, qualificar e

manter os profissionais em suas respectivas atividades, criando alternativas de incorporação e assegurando a remuneração da força de trabalho, como um instrumento gerencial essencial à gestão de recursos humanos, o que viria a reforçar o processo de construção e fortalecimento do SUS.

3.3– O processo gerencial no trabalho do enfermeiro no contexto da saúde

A função gerencial no trabalho do enfermeiro é definida nas Diretrizes Curriculares Nacionais como uma ferramenta indispensável que o auxilia no seu cotidiano e nas expectativas do mercado de trabalho, principalmente dentro da perspectiva de consolidação do SUS (BRASIL, 2001a).

Neste sentido, Mishima et al (2000) apontam que a atividade gerencial é uma ação intencional voltada para a consecução de objetivos, buscando a articulação e a integração. Ela é determinada e determinante no processo de organização dos serviços de saúde e fundamental para a efetivação de políticas sociais, em específico as de saúde. Assim, no processo de descentralização dos serviços de saúde, a gerência local passa a assumir fundamental papel no desenvolvimento das ações de saúde no que diz respeito ao fortalecimento do SUS (MISHIMA et al; 2000; 2003).

Vale lembrar, ainda, que para o desenvolvimento do processo gerencial nos serviços de saúde, o enfermeiro deve estar em sintonia com as atuais diretrizes operacionais organizadas via Pacto pela Saúde, que foram definidas como já mencionamos anteriormente em três dimensões: Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela Vida e Pacto de Gestão. E entre as prioridades discutidas estão definidas, o compromisso com o SUS e seus princípios; o fortalecimento da Atenção Básica; a

valorização da saúde e a necessária articulação intersetorial; o fortalecimento do papel dos Estados; a luta pela regulação da Emenda 29 e por mais recursos financeiros para a área da saúde (BRASIL, 2007a).

Como o foco de nosso estudo é o processo gerencial no trabalho do enfermeiro na Atenção Básica, buscamos subsidiar esta temática também nas Diretrizes Curriculares Nacionais. Observamos no Artigo 4º, que dispõe sobre as competências e habilidade gerais, a recomendação de que os profissionais enfermeiros devem estar aptos a tomarem iniciativas, fazerem o gerenciamento e a administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde (BRASIL, 2001b).

Ainda sobre competências e habilidades, agora específicas para a formação do enfermeiro, as seguintes disposições, entre outras, são apresentadas no Artigo 5º:

- atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos;
- reconhecer-se como coordenador do trabalho de equipe de enfermagem;
- coordenar o processo de cuidar em enfermagem, considerando contextos e demandas de saúde;
- compatibilizar as características profissionais dos agentes da equipe de enfermagem às diferentes demandas dos usuários ;
- integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais;
- gerenciar o processo de trabalho em enfermagem com princípios de Ética e de Bioética, com resolutividade tanto em nível individual como coletivo em todos os âmbitos de atuação profissional;

O Parágrafo Único dispõe que “*a formação do enfermeiro deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento*” (BRASIL, 2007d, p.70).

Quanto aos conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem (Art. 6º), eles devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrados à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem. Contemplam, entre outros, a administração de enfermagem, com conteúdos teóricos e práticos da administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem (BRASIL, 2001b).

Contudo, MOTTA (2003) comenta que, apesar de muitas pesquisas, a definição da função gerencial permanece ainda um tanto ambígua, afirmando que ela contrasta com outras funções produtivas passíveis de definições claras sobre atribuições funcionais e que condicionam comportamentos normalmente previsíveis e rotineiros. A maioria dos gerentes exercem uma função tensa e estafante, vivem pressionados para adotar ações de curto prazo na busca de soluções de problemas, porém os resultados de seu trabalho só podem ser avaliados a longo prazo.

Outra questão relacionada à função gerencial do enfermeiro ou de outro profissional da saúde é sobre a visão ordenada do mundo organizacional, implícita na própria idéia de “organização”, que induz a pensar a realidade administrativa como racional, controlável e passível de ser uniformizada. Essa maneira de ver tem-se mostrado enganadora pela constatação cada vez mais freqüente de que a organização é uma realidade significativamente caótica (MOTTA, 2003).

Na verdade, Campos (2002) atribui à gerência o compromisso da função de controle sobre os processo de trabalho, porém, por mais que tenhamos avançado no que se refere à gestão de serviços e gerenciamento na saúde, ainda há uma tradição brasileira em gerenciar o trabalho em saúde segundo regras tayloristas, normatização burocrática, supervisão direta e controle de horário e de produtividade.

No entanto, por mais predominante que seja este estilo, há experiências bem estruturadas de democratização institucional, como gestão colegiada, horizontalização de organogramas em hospitais e centros de saúde, reestruturação multiprofissional de equipes, planejamento local e ascendente, negociação permanente de indicadores de desempenho e de metas, e ampliação da autonomia das equipes de trabalhadores (CAMPOS, 2002).

Experiências consideradas bem-sucedidas foram dos Municípios mineiros de Betim e de Luz, cujo modelo de gestão propôs uma estrutura organizacional horizontalizada. Seus processos decisórios funcionam a partir de colegiados formados pelas unidades de trabalho e a efetiva participação popular em Conferências Municipais de Saúde, propondo mudanças no modelo assistencial para a saúde. O reconhecimento popular veio não só em votos na eleição municipal, mas na efetiva participação nas instâncias de controle social (CAMPOS, 2002; MERHY, et al, 2006).

Dentre as habilidades gerenciais que devem ser construídas na experiência cotidiana está o gerenciamento de recursos humanos que, para Bezerra (2000), caracteriza-se como uma atividade importante para a viabilização das práticas para administrar o trabalho das pessoas. A mesma autora acrescenta ainda que o gerenciamento de recursos humanos deve ser entendido como gestão de pessoas, onde os indivíduos sejam considerados sujeitos ativos da organização. Isto

é não como recursos organizacionais, mas como pessoas, parceiros e colaboradores da organização (BEZERRA, 2000).

Outras habilidades devem ser desenvolvidas no cotidiano para exercitar o relacionamento com o intuito de desenvolver a competência interpessoal que auxilia o enfermeiro gerente no enfrentamento de desafios em seu cotidiano, principalmente a falta de confiança que o ser humano tem em seu semelhante, a insegurança e, muitas vezes, a falta de empatia, o que torna as relações superficiais e pouco produtivas (MUNARI e BEZERRA, 2004).

Assim, acreditamos que as competências e habilidades específicas para a área de administração e processo gerencial em enfermagem são desenvolvidas durante o processo de formação, sendo permanentemente construídas nas experiências cotidianas. As experiências podem colaborar na capacitação do profissional para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, com base em evidências científicas. Podem ainda desenvolver o espírito de liderança no trabalho em equipe, comunicação para interagir com a equipe e público em geral e gerenciamento da força de trabalho dos recursos físicos, materiais e informação, entre outras ferramentas capazes de instrumentalizar o trabalho gerencial (VALE e GUEDES 2004).

No processo gerencial, os objetos de trabalho do enfermeiro são a organização do trabalho e os recursos humanos. Para a execução desse processo, é utilizado um conjunto de instrumentos técnicos próprios da gerência, como o planejamento, o dimensionamento de pessoal de enfermagem, o recrutamento e a seleção de pessoal, a educação continuada e/ou permanente, a supervisão, a avaliação de desempenho. Podem-se ainda utilizar outros meios, como a força de trabalho, materiais, equipamentos e instalações, além de diferentes tecnologias

administrativas (FELLI e PEDUZZI 2005). Com relação a estas, há uma unanimidade entre os gestores de que é necessário escolher sistemas de avaliação e indicadores de desempenho institucional adequados para apoiar a administração dos serviços e propiciar a tomada de decisão com menor grau de incerteza e risco possível (ESCRIVÃO, 2004).

Neste sentido, uma das importantes interseções entre saúde e educação diz respeito à adequação do ensino, conhecimentos produzidos e serviços prestados à população com base nas necessidades sociais, mas tendo como eixo norteador as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem de 2001, que preconiza como perfil do profissional Enfermeiro uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva.

Para a construção desse perfil profissional, alguns estudos apontam a necessidade de o ensino fortalecer parcerias entre ensino e serviço, no sentido de dar sustentação à formação gerencial do enfermeiro numa perspectiva transformadora, e buscar novos cenários para a formação, como as Unidades de Saúde da Família. Para isso é imprescindível o papel do docente como facilitador no processo ensino-aprendizagem e articulador na integração da teoria com a prática, em que o enfermeiro do serviço compartilha com ambos suas necessidades e desafios (ZABNER e GREDIG 2005; RESK, 2006; PERES, 2006; JORGE et al, 2007).

Vanderlei e Almeida (2005) ressaltam que a gerência na enfermagem ainda está pautada num estilo tradicional, com uma presença muito forte da racionalidade gerencial hegemônica. Segundo as autoras, o grande desafio enquanto ferramenta para transformação do processo de trabalho, consiste em romper com esta lógica e instituir novos arranjos institucionais, com distribuição de

poder mais igualitário, trabalhando com gestão participativa. A gerência, portanto, deve ser entendida como atribuição dos dirigentes, trabalhadores e usuários na perspectiva de construção de um projeto que atenda às necessidades da população e que esteja voltado para a integralidade num processo cotidiano como proposta de mudança.

Percurso Metodológico

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 – Tipo de estudo

Ao escolher o caminho de investigação para analisar o trabalho gerencial do enfermeiro em seu cotidiano na Rede Básica de Saúde e para alcançar os objetivos propostos neste estudo, optamos pelo desenvolvimento de uma investigação descritiva-exploratória, de base quantitativa.

Para Demo (2005), há realidades que poderíamos chamar de mais quantitativas e outras mais qualitativas, mas todas são mesclas de ambas as dimensões. No fundo são a mesma dimensão, mas que formam um todo dialeticamente construído.

A metodologia adotada busca compreender a participação dos enfermeiros com funções gerenciais no município de Goiânia, em um contexto social específico e concreto, ou seja, a prática desses enfermeiros no processo gerencial de unidades da Rede Básica de Saúde.

O método exploratório permite uma visão geral e proporciona maior familiaridade com o fato ou o tema, com intenção de torná-lo mais explícito. O método descritivo permite realizar descrição das características dos sujeitos de pesquisa de uma população, de um grupo, de uma comunidade, instituições, sobre o nível de atendimento dos órgãos públicos, ou sobre a frequência de ocorrência de um fenômeno pela maneira como os dados são coletados (GIL, 2002).

As pesquisas descritivas visam a descobrir associações entre variáveis. Embora definidas como descritivas com base nos objetivos do estudo, acabam servindo para proporcionar uma nova visão do problema, aproximando-a da pesquisa exploratória pela atuação prática, resultando no alcance do diagnóstico e da compreensão dos fatos envolvidos no problema do estudo. A pesquisa descritiva também tem o propósito de explorar aspectos de uma situação, buscando o conhecimento sobre o assunto em estudo (POLIT e HUNGLER, 1995; GIL, 2002).

Neste sentido, a construção do objeto de estudo sustentado pelo referencial teórico, onde discutimos os conceitos de políticas de saúde, gestão do trabalho e o processo gerencial do enfermeiro, enquanto tecnologia do trabalho em saúde, como uma ferramenta importante para o desenvolvimento dos serviços de saúde, fez-nos considerar o método descritivo-exploratório mais adequado para o alcance dos objetivos desta investigação.

4.2 – Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido nos serviços da Rede Básica de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde no Município de Goiânia, capital do Estado de Goiás, sendo que a coleta foi realizada entre os anos de 2006 e 2007.

Como o cenário estudado se refere ao município de Goiânia, uma capital em pleno desenvolvimento, com grande demanda nos serviços de saúde e por ser uma cidade pólo de referência na área da saúde para o Estado de Goiás e municípios de outros Estados vizinhos, sentimos a necessidade de melhor caracterizar a cidade e consideramos importante mencionar alguns fatos.

A cidade de Goiânia foi planejada em meados dos anos 1930 e sua inauguração ocorreu em 24 de outubro de 1933, há 75 anos. Localizada na região central do Brasil, aproximadamente 200 Km de Brasília, capital Federal. A região Centro-Oeste brasileira é considerada atualmente uma das regiões de maior desenvolvimento de nosso país.

Dos 5.647.035 habitantes do Estado de Goiás, residem no Município de Goiânia aproximadamente 1.225.410 habitantes, distribuídos num território de 739 km², deste 0,7% na zona rural e 99,3% na zona urbana (IBGE, 2007).

Paradoxalmente, apesar de planejada, a cidade expandiu-se de forma desordenada, formando uma ampla periferia que delimita de forma explícita os espaços dos pobres e dos ricos. Por isso, não se pode ver uma cidade como sendo única, na verdade, ela é constituída por pedaços diferentes que quase sempre se ignoram (IBGE, 2000).

A zona urbana de Goiânia foi recortada em doze grandes regiões, onde se localizam os nove Distritos Sanitários que compõem a Secretaria Municipal de Saúde (Figura 1), a saber: Distrito Sanitário Sul/Sudeste, Sudoeste, Oeste, Norte, Noroeste, Mendanha, Leste, Central, Meia Ponte (IBGE, 2000; GOIÂNIA 2006a).



Figura 1 – Mapa do município de Goiânia com a divisão dos nove Distritos Sanitários de Saúde.

Fonte: Departamento da Rede Básica – Secretaria Municipal de Saúde – 2006.

Os Distritos Sanitários são resultado do processo de descentralização como proposta política-administrativa do SUS. Representam regiões administrativas hierarquizadas e são responsáveis pela garantia, monitorização e avaliação da saúde de uma população maior que muitos municípios do Estado de Goiás. Podemos observar no Quadro 1, a distribuição também de Unidades de Saúde e Equipes de Saúde da Família por Distrito Sanitário (GOIÂNIA – 2006a ; 2006b).

Quadro 1 – Distribuição da população de Goiânia em 2006, por Distrito Sanitário de Saúde, número de Unidades de Saúde e de Equipes de Saúde da Família.

Distrito Sanitário	População por Distrito Sanitário	Nº de Unidades de Saúde	Nº de Equipes Saúde da Família
Meia Ponte	139.112	7	0
Central	163.225	11	2
Leste	120.216	8	12
Mendanha	122.797	10	0
Noroeste	125.742	18	44
Norte	74.897	7	18
Oeste	73.386	5	16
Sudoeste	173.048	13	19
Sul/Sudeste	232.986	10	8
Total	1.225.410	89	119

Fonte: Departamento da Rede Básica - Secretaria Municipal de Saúde. Goiânia - GO, 2006
Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) – 2007.

A Rede Municipal de Saúde dispõe de 89 Unidades de Saúde Pública (APÊNDICE C) para atendimento das necessidades de saúde da população, que estão distribuídas nos nove Distritos Sanitários em diferentes níveis de complexidade. Temos, portanto, no serviço de saúde as Unidades Básicas de Saúde da Família, os Centros de Saúde, os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), os CIAMS (Centro Integral de Assistência Médico Sanitária), os CAIS (Centro de Assistência Integral à Saúde). Prestam assistência ambulatorial especializada, de urgência e emergência, alguns 24 horas todos os dias da semana, e dispõem de leitos de internação para observação as unidades Maternidade Nascer Cidadão, Pronto Socorro Psiquiátrico, Centro de Referência em Diagnóstico e Terapêutica (GOIÂNIA 2006b).

Além das Unidades que compõem a Rede Básica de Saúde, outras unidades fazem parte da Rede Hospitalar de Goiânia, entre elas 01 Hospital Público Federal/ Hospital de Clínicas (HC), 13 Unidades Públicas Estaduais, 22 Unidades Filantrópicas, 142 Unidades Privadas Conveniadas com o SUS, que prestam

assistência à saúde da população do município de Goiânia, bem como para outros municípios do Estado de Goiás, cidades do entorno de Brasília e cidades dos Estados vizinhos, como Tocantins, Minas Gerais, Mato-Grosso, Bahia, entre outros (BATISTA e MARTINEZ, 2007).

As treze Unidades Públicas Estaduais que fazem parte da Rede Hospitalar e outras Instituições de Saúde de Goiânia são 01 Hospital de Doenças Tropicais (Hospital Anuar Aua), 01 Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO), 03 Hospitais-Maternidade (Hospital Materno Infantil, Maternidade Dona Iris e Maternidade Nossa Senhora de Lourdes), 01 Hospital Dermatologia Sanitária (Colônia Santa Marta), 01 Hospital de Medicina Alternativa, 01 Hospital Geral Dr. Alberto Rassi (HGG), 01 Hemocentro, 01 Centro Integrado Médico-Pedagógico (CIMP), 01 Laboratório de Saúde Pública (LACEN), 01 Central Odontológica, 01 Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma – SIAT/ Corpo de Bombeiros Militar de Goiás (BATISTA e MARTINEZ, 2007).

O Município de Goiânia conta ainda com a ESF (Estratégia de Saúde da Família), implantada em sete dos Distritos Sanitários, com 119 equipes de saúde da família, que estão cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Em nosso estudo consideramos somente as equipes cadastradas, mas existem outras equipes de saúde da família desenvolvendo atividades, que não foram cadastradas no SIAB pois não estão completas. Isso corresponde a uma cobertura de aproximadamente 35% da população do município (GOIÂNIA, 2006^a; BATISTA e MARTINEZ, 2007).

A gestão municipal em saúde de Goiânia está habilitada na gestão plena do sistema municipal (NOB/SUS 01/96), significando que além do financiamento da atenção básica, recebe recursos para assistência farmacêutica, saúde da família,

agentes comunitários, vigilância sanitária, epidemiológica, nutricional e saúde do trabalhador. Desenvolve também atividades de assistência especializada, ambulatorial e hospitalar. Possui sistemas de informação, que são alimentados mensalmente, e Sistema de auditoria, controle e avaliação.

Dentro desta complexidade do Sistema de Saúde da cidade de Goiânia, definimos como nosso campo de estudo a Rede Básica de Saúde, onde estão localizados os nove Distritos Sanitários que compõem a Secretaria de Saúde de Goiânia, onde enfermeiros atuam com funções gerenciais nos serviços de saúde, tais como as Unidades Básicas de Saúde, Unidades Básicas de Saúde da Família, Centro de Saúde, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro Integral de Assistência Médico Sanitária (CIAMS), Centro de Assistência Integral à Saúde (CAIS).

É nesse contexto de saúde que os alunos da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás desenvolvem atividades práticas e estágios curriculares nas unidades de saúde do Distrito Sanitário Leste deste Município, com ações assistenciais, de prevenção de doenças e promoção à saúde. Mas temos como uma importante proposta de trabalho neste Município a articulação entre conhecimentos adquiridos nas disciplinas do curso, com enfoque no desenvolvimento gerencial do enfermeiro com vistas a instrumentalizá-los na coordenação de equipes e serviços de saúde e desta forma reforçarmos a parceria entre o Serviço de Saúde e a Instituição de Ensino Superior.

4.3 – População do estudo

A população do estudo foi composta pelos enfermeiros que desenvolvem funções de gerentes, diretores ou coordenadores de serviços na Rede Básica de Saúde no Município de Goiânia, independentemente do tempo de exercício na função gerencial, do tempo de graduação ou de formação em nível de pós-graduação. Como critério de inclusão neste estudo, os enfermeiros deviam estar lotados em Unidade Básica de Saúde, Centro de Saúde, Distritos Sanitários ou na Secretaria de Saúde em nível central e que concordassem em participar da investigação.

Antes de iniciar o contato com os participantes do estudo, apresentamos o Projeto de Pesquisa para os gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, a fim de obtermos autorização (ANEXO A) para desenvolver a pesquisa com os profissionais que compõem este serviço e, em seguida, agendamos as entrevistas com os enfermeiros gerentes de serviço que se incluíam nos critérios descritos.

Os enfermeiros foram convidados a fazer parte do estudo, sendo informados sobre os objetivos da pesquisa, sendo-lhes solicitada a permissão para registro das entrevistas, garantindo o seu anonimato.

Neste estudo, trabalhamos com a totalidade dos enfermeiros com função gerencial na Rede Básica de Saúde em Goiânia, num total de 44 enfermeiros, conforme os registros da direção da Rede Básica de Saúde. Esses profissionais representam uma categoria que tem significativamente ocupado cargos gerenciais e que foram escolhidos em função de sua representatividade no contexto onde atuam,

ainda que a informação obtida nem sempre é generalizável no que diz respeito ao conjunto dos gerentes da Rede Básica de Saúde.

4.4 – Coleta de Dados

A construção do instrumento para a coleta de dados foi feita com o propósito de uma aproximação ao trabalho gerencial desenvolvido pelos enfermeiros na Rede Básica de Saúde, de maneira a apreender o modo de realizar o processo gerencial e os recursos necessários para a função gerencial, bem como as características necessárias para o desenvolvimento desse trabalho na perspectiva do enfermeiro, no processo de descentralização da saúde.

A aproximação com os sujeitos do estudo se deu por meio da coleta de dados, realizada pela pesquisadora, entre os meses de outubro de 2006 a março de 2007.

Utilizou-se uma entrevista estruturada, que se desenvolveu a partir de uma relação fixa de perguntas previamente construídas, aplicadas diretamente pela pesquisadora e entendida como técnica que envolve duas pessoas numa situação “face a face” e em que uma delas formula a questão e a outra responde (GIL, 2002).

O instrumento de coleta de dados (APÊNDICE D) foi construído a partir de nossa experiência na área de Saúde Pública e por meio de literaturas específicas sobre o processo gerencial em saúde e enfermagem, bem como pela leitura de teses acadêmicas com temáticas afins (MISHIMA, 1995; PASSOS, 2004; VANDERLEI e ALMEIDA, 2005; WITT, 2005; PERES, 2006).

O instrumento de coleta de dados utilizado foi dividido em duas partes:

Primeira parte – aspectos relacionadas à caracterização dos enfermeiros gerentes na Rede Básica de Saúde:

Sexo, idade, instituição de ensino em que se graduou, ano de graduação, experiências profissionais, tempo de exercício de atividades gerenciais anteriores/e

atuais, tipo de vínculo empregatício, carga horária de trabalho e capacitação para o gerenciamento.

Segunda parte – questões relacionadas à caracterização dos serviços da Rede Básica de Saúde, da equipe de trabalho e dos resultados esperados do serviço:

Tipo de unidade de saúde, turno de atendimento, fluxo e tipo de clientela, serviços oferecidos, recursos físicos, financeiros, materiais, equipamento, insumos, composição da equipe do serviço, capacitação permanente, política de cargos e salários, comunicação com a equipe e com usuários do serviço, atividades gerenciais exercidas, características esperadas para a gerência, avaliação dos próprios conhecimentos, interesse em realizar cursos, utilização de indicadores de saúde, pontos de estrangulamento, importância do trabalho gerencial para SMS, avaliação das atividades da unidade de saúde, avaliação da satisfação do usuários, da equipe de trabalho e avaliação do trabalho gerencial. Foram abordados também aspectos relacionados à finalidade do trabalho do enfermeiro e a articulação deste com os objetivos da Rede Básica de Saúde, as dificuldades e facilidades do cotidiano do trabalho gerencial, relacionamento com a equipe de saúde e usuários do serviço de saúde.

A entrevista pode ser compreendida como um procedimento utilizado no trabalho de campo, e o pesquisador busca obter informações contidas na fala dos sujeitos do estudo. Ela não significa uma conversa despretensiosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos dados relatados pelos atores, enquanto sujeitos da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada (GIL, 2002).

É fundamental para a utilização desta técnica de coleta de dados que haja a participação efetiva dos sujeitos da pesquisa envolvidos, uma vez que os entrevistados são chamados a um processo de reflexão acerca do tema em estudo, no caso, a visibilidade da prática cotidiana no trabalho gerencial na Rede Básica de Saúde.

As entrevistas foram agendadas por telefone com os enfermeiros. Para tanto, as informações foram obtidas por meio de um documento (APÊNDICE E) fornecido pela direção da Rede Básica de Saúde, contendo o nome dos enfermeiros gerentes (o nome foi retirado do anexo para preservar os sujeitos da pesquisa, conforme prevêm os aspectos éticos) e a unidade de saúde onde estavam lotados, com os respectivos endereços e contatos telefônicos. Para agendar as entrevistas, respeitamos a disponibilidade dos gerentes, e quase todas foram realizadas na própria unidade de saúde em períodos formais de trabalho.

O período de coleta foi maior do que prevíamos, em função da pouca disponibilidade de tempo dos profissionais, desmarcando muitas visitas e fragmentando outras com interrupções contínuas por ser a entrevista realizada no local de trabalho dos profissionais. Além disso, parte da coleta coincidiu com o período de férias de final de ano, o que dificultou o agendamento de algumas entrevistas, mas posteriormente foi possível realizar todas com sucesso.

No primeiro momento da entrevista, apresentamos a cada enfermeiro as etapas construídas no plano de pesquisa, considerando os objetivos do estudo, as expectativas desses profissionais, a disponibilidade em participar, bem como o seu envolvimento e compromisso no estudo. Na seqüência, realizávamos a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE F) conforme prevê a

Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Pesquisa (CONEP). Após assinado esse documento prosseguíamos a entrevista.

Em média, as entrevistas tiveram duração de duas horas, sendo realizadas pelo pesquisador, dando-se o registro simultaneamente por meio das anotações das falas dos enfermeiros durante as entrevistas. As respostas foram lidas em seguida pelo pesquisador, confirmadas e/ou corrigidas sempre que necessário pelos entrevistados. Neste sentido, Gil (2002) recomenda que o entrevistador deverá ser bastante habilidoso ao registrar as respostas, ter a preocupação de registrar exatamente o que foi dito e garantir, na medida do possível, que a resposta seja completa.

Escolhemos não utilizar o gravador nas entrevistas para registrar as falas dos enfermeiros, por sugestão deles mesmos, após um teste piloto realizado com quatro enfermeiros. Isto porque o instrumento de coleta de dados continha questões estruturadas, mas em muitos casos o entrevistado não se limitava às respostas previstas nas alternativas objetivamente colocadas no instrumento de coleta. Isso inviabilizou a utilização do gravador, interferindo de forma negativa mais do que colaborando no registro. Portanto, o teste piloto possibilitou o redirecionamento da forma de registrar as respostas. Optamos então, por não gravar as falas, mas anotar as respostas concomitantemente às entrevistas.

4.5 – Aspectos éticos

A concepção deste trabalho teve como base os cuidados éticos necessários para pesquisa com seres humanos preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Pesquisa (CONEP). Após sua autorização pela Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia-GO, este estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da UFG, sob Protocolo CEPMHA/HC/UFG N°: 087/2006 (ANEXO B).

4.6 - Análise dos dados

Após concluir a coleta, foi construído um banco de dados, utilizando o Software Epi-Info versão 3.3.2. e, na seqüência, foram submetidos a um processo de codificação para proceder à análise descritiva desenvolvida com base no referencial teórico.

Para a análise das variáveis contínuas (idade, tempo de graduação, tempo de serviço, tempo na atual lotação e outras), foi feita uma categorização por agrupamento e, para a realização de cálculos, usamos a medida de frequência simples. Quando os dados são agrupados, é necessário definir o tamanho do grupo, de modo que nenhum score se encaixe em dois grupos.

Para as variáveis classificatórias (sexo, instituição de ensino que graduou, vínculo empregatício, local de trabalho e outras), foram calculadas as frequências simples, significando que o número de vezes que cada acontecimento ocorreu foi contado.

Neste estudo, os procedimentos estatísticos são usados para dar organização e sentido aos dados. Os procedimentos que permitem aos pesquisadores descrever e resumir os dados são conhecidos como estatísticas descritivas, as técnicas utilizadas nesse caso reduzem os dados a proporções controláveis, resumindo-os, e também descrevem várias características dos dados sob estudo (LoBIONDO-WOOD e HABER, 2001).

Para a análise daquelas variáveis que, mesmo sendo estruturadas, permitiam ao enfermeiro uma resposta a respeito da qual ele pudesse discorrer, utilizamos uma categorização fundamentada na leitura das respostas e do seu agrupamento por semelhança.

Portanto, para essas variáveis, realizamos a categorização agrupando as respostas afins e, em seguida, calculamos as freqüências no sentido de fundamentar nossa análise e discussão com base no referencial teórico da pesquisa.

Entendemos que a orientação metodológica da investigação não se restringe à descrição quantitativa ou qualitativa, mesmo porque a quantificação dos dados não constitui um procedimento acrítico em si mesmo, pois, especialmente nas pesquisas descritivas, os números cumprem importante função para fortalecer argumentos, para demonstrar tendências predominantes e destacar as divergências. O pesquisador deve tentar encontrar meios para compreender os significados manifesto e latente no comportamento dos sujeitos da pesquisa, ao mesmo tempo em que procura manter sua visão objetiva do fenômeno (CIOSAK, 1994).

A análise descritiva pode ser apresentada de várias maneiras num relato de pesquisa. Os dados podem ser registrados por meio de palavras no texto do relatório ou resumidos em tabelas, gráficos ou quadros demonstrativos. Qualquer

que seja o método de apresentação, o relatório deve dar ao leitor um quadro claro e organizado dos resultados da pesquisa (LoBIONDO-WOOD e HABER, 2001).

Nossos resultados são apresentados por tabelas, gráficos e quadros e discutidos na seqüência, assim como os resultados de algumas variáveis são apresentados de forma descritiva, tentando explorar ao máximo o que as respostas dos enfermeiros gerentes puderam proporcionar com o intuito de responder aos objetivos propostos nesta pesquisa.

Resultados e Discussão

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O diagnóstico situacional do processo gerencial desenvolvido pelos enfermeiros da Rede Básica de Saúde realizado neste estudo será apresentado e discutido conforme conduzimos a análise e com base no referencial teórico, tendo em vista a formação do enfermeiro no processo administrativo e a ação desse profissional para trabalhar dentro de uma perspectiva que se vem mostrando cada vez mais complexa. Preocupamo-nos em entender como os enfermeiros do serviço na Rede Básica de Saúde desenvolvem suas ações gerenciais, como as classificam e quais são suas limitações.

Os resultados deste estudo também atendem a questionamentos e preocupações no sentido de tornar mais visíveis para as instituições que formam esses profissionais os aspectos que envolvem o trabalho gerencial do enfermeiro, de modo a torná-los mais evidentes para a busca de propostas de ensino que atendam melhor à formação do profissional e sejam, de fato, transformadores da prática.

Para apresentar os resultados e discussão, contextualizamos o município de Goiânia situando a Secretaria Municipal de Saúde e o Departamento da Rede Básica de Saúde, onde a coleta de dados foi realizada. Na seqüência, faremos uma exposição das características dos enfermeiros que participaram da pesquisa, visando a fornecer um panorama geral a respeito das suas condições de trabalho, formação, experiências profissionais.

A seguir serão apresentados os serviços em que os enfermeiros atuam na Rede Básica de Saúde e que são oferecidos à comunidade, fluxo da clientela, composição da equipe de trabalho, os recursos físicos, financeiros, materiais,

insumos e equipamentos, bem como o planejamento e implementação das ações pelos enfermeiros gerentes dos serviços.

Por fim, buscamos apreender as características necessárias para o desenvolvimento do trabalho gerencial na Rede Básica de Saúde em Goiânia na perspectiva dos enfermeiros, tentando compreender a complexidade do trabalho e as características essenciais que nos permitam refletir como é o trabalho no dia-a-dia nos serviços de atenção básica, como se desenvolve e organiza, buscando apreender dessa rotina as necessidades de adequação ao ensino de enfermagem em nível de graduação e pós-graduação.

Ressaltamos que as tendências atuais das políticas de saúde na formação dos recursos humanos estão voltadas para o cenário da descentralização, cuja gestão de serviços é organizada e implementada em redes de atenção à saúde, dando atendimento nos vários níveis de atenção.

5.1. Município de Goiânia – Secretaria Municipal de Saúde/Rede Básica de Saúde

O estudo foi realizado no município de Goiânia, capital do Estado de Goiás, que está localizada na região Centro-Oeste do Brasil e possui uma população de aproximadamente 1.225.410 habitantes (IBGE, 2007), porém com demanda populacional aumentada para o setor saúde por usuários oriundos de outros municípios e Estados vizinhos.

O Município de Goiânia está habilitado na gestão plena do sistema municipal, sendo referência regional e estadual de saúde. Neste contexto, situamos a gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, que é realizada de forma hierarquizada/verticalizada, e a estrutura organizacional, organizada em

departamentos e divisões administrativas, conforme organograma simplificado apresentado na Figura 2. No Anexo C, apresentamos o organograma completo da estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde, situando o Departamento da Rede Básica de Saúde, no qual desenvolvemos o nosso estudo. Ele tem a responsabilidade de gerenciar a Divisão de Recursos Operacionais, Divisão de Insumos Básicos e Medicamentos, Divisão de Apoio Diagnóstico, Divisão de Saúde Mental, Divisão de programas Especiais, Divisão de Assistência Integral a Saúde da Mulher e Adolescente, Divisão de Doenças Crônico Degenerativa, Divisão de Normas Técnicas Acompanhamento e Avaliação (Setor de marcação de consultas) que apresentamos no Anexo C.

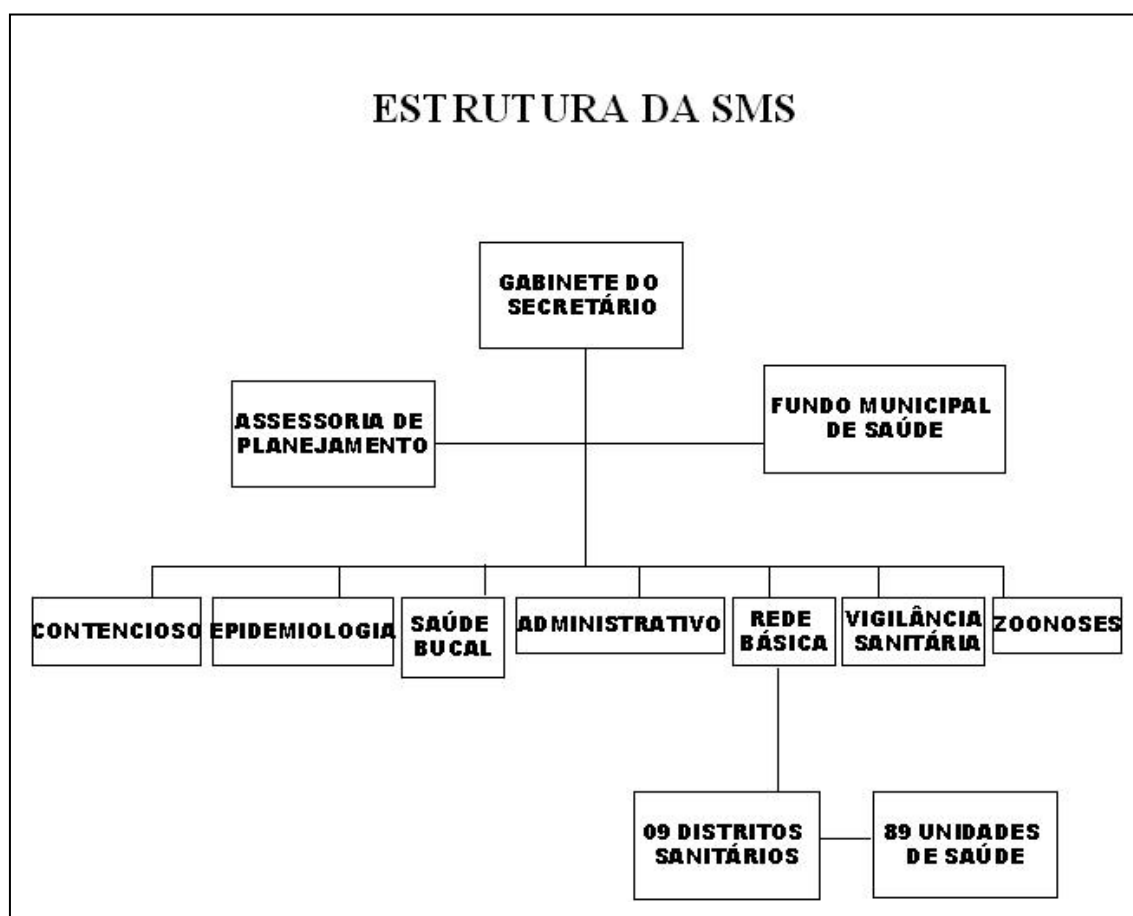


Figura 2 - Organograma simplificado da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia – Goiás.

Fonte: Departamento da Rede Básica de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde –2008.

A Direção da Rede Básica de Saúde gerencia também os nove Distritos Sanitários, onde estão distribuídas as 89 Unidades de Saúde Pública da Rede Municipal de Saúde e 119 equipes de saúde da família, que cobrem cerca de 35% da população do município, e possui outras unidades de saúde que fazem parte da Rede Hospitalar de Goiânia, prestando assistência à saúde da população do município de Goiânia do Estado de Goiás (Goiânia, 2006a; 2006b).

5.2. Caracterização dos enfermeiros gerentes na Rede Básica de Saúde

Participaram deste estudo 44 enfermeiros, que representam 100% dos enfermeiros lotados na Rede Básica de Saúde do Município de Goiânia ocupando cargos gerenciais, como diretores, coordenadores, supervisores de serviços de saúde em uma das 89 Unidades de Saúde Pública da Rede Municipal de Saúde, nos nove Distritos Sanitários e na Sede da Secretaria de Saúde.

A faixa etária dos enfermeiros gerentes variou entre 26 anos e 55 anos. Quatro enfermeiros situam-se na faixa etária de 26 a 30 anos (9,1%); 13, entre 31 a 40 anos (29,5%); e 20 enfermeiros situam-se entre 41 a 50 anos (45,5%), concentrando-se nesta faixa etária o maior número de profissionais gerentes. Temos, ainda sete enfermeiros acima de 50 anos (15,9%), conforme ilustra a Tabela1.

Tabela 1 - Caracterização dos enfermeiros gerentes da Rede Básica de Saúde de Goiânia-GO, 2008.

Características	Frequência (n=44)	%
Idade anos ^a		
Até 30	4	9,1
31 a 40	13	29,5
41 a 50	20	45,5
Mais de 50	7	15,9
Sexo ^a		
Feminino	42	95,5
Masculino	2	4,5
Experiência profissional ^b		
Secretaria de Saúde	44	100,0
Hospital	33	75,0
Docência	9	20,4
Ano em que se graduou ^a		
Até 1980	3	6,8
1981 a 1990	11	25,0
1991 a 2000	21	47,7
2001 a 2005	9	20,5
Instituição de ensino em que se graduou ^a		
Pública	16	36,4
Privada	28	63,6

^a Classificação do enfermeiro de acordo com as categorias

^b Nesta variável, os sujeitos do estudo podem estar em mais de uma categoria.

Ao analisar a idade dos enfermeiros que estão com cargos gerenciais, podemos constatar que temos 61,4% desses trabalhadores com idade > 40 anos e um grupo de 38,6% com idade de ≤ 40 anos. Não podemos deixar de considerar representativa a presença de pessoas jovens gerenciando os serviços públicos de saúde no município de Goiânia, quando comparados com outros estudos, como os realizados por Vanderlei e Almeida (2005), no Estado do Maranhão, e por Vilar (2001), no Estado Rio Grande do Norte, que encontraram cerca de 9% a 12%, respectivamente, de gestores do sistema de saúde com menos de 40 anos.

Em maior número, os enfermeiros gerentes encontram-se na faixa acima de 40 anos, sugerindo que grande parte desses profissionais já atingiu maturidade e experiências acumuladas de outros serviços de saúde, alguns em serviços públicos,

outros na rede privada ou em ambas. Isto pode ser constatado pelo fato de que 75% têm experiência além dos serviços públicos de saúde em serviços hospitalares e 20,4% dos participantes têm experiência profissional na docência (Tabela 1).

Com referência ao gênero dos enfermeiros gerentes, foi predominante o sexo feminino, com 42 (95,5%) dos participantes no estudo para dois (4,5%) masculino (Tabela 1). Isso se deve, também, ao fato de que a profissão de enfermagem ainda é predominantemente composta por mulheres. Podemos constatar que este aspecto se reflete nos serviços gerenciais da Rede Básica de Saúde em Goiânia na categoria dos enfermeiros, uma vez que a população de nosso estudo não foi composta pelos representantes de outras categorias profissionais.

Essa tendência majoritária do sexo feminino na enfermagem é verificada já no ingresso dos aprovados em vestibular em praticamente todos os cursos de instituições públicas e privadas. Esse aspecto também foi observado em estudo realizado no Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, onde 10,91% eram do sexo masculino e 89,90% do sexo feminino, permanecendo essa predominância do sexo feminino nos locais de trabalho em grande parte dos cargos e funções dos profissionais enfermeiros (PERES, 2006).

Em estudos realizados em Sobral, no Ceará, também foi encontrada semelhante proporção entre enfermeiros gerentes da Estratégia Saúde da Família, com 92,9% do sexo feminino, o mesmo ocorrendo em outros Estados. No Rio Grande do Norte, 55,8% de secretários de saúde são do sexo feminino e no Estado do Maranhão a presença feminina nos cargos gerenciais está em torno de 49,6%. Esses dados demonstram uma crescente participação da mulher na gestão dos

serviços de saúde, independentemente da categoria profissional (VILAR, 2001; SILVA, 2003; VANDERLEI e ALMEIDA, 2005; XIMENES NETO e SAMPAIO, 2007).

O tempo de formados dos enfermeiros variou de três a 28 anos. Apenas 6,8% graduaram-se há mais de 28 anos, 25% estão graduados entre 18 a 27 anos, 47,7% graduados entre oito a 17 anos, sendo esses dois últimos grupos que concentram o maior número de enfermeiros, portanto com maior frequência, e 20,5% estão formados entre sete a três anos.

Não observamos enfermeiros na função gerencial com menos de três anos de graduação. O estudo de Witt e Almeida (2005), que trata das competências da enfermeira na atenção básica, mostra que, em relação ao tempo de formado do grupo das enfermeiras que ocupavam cargos administrativos na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, foram encontrados dados similares aos desta investigação, ou seja, cerca de 53,8% dessas gerentes estavam graduadas entre 11 e 25 anos.

Com relação à instituição de ensino em que se graduaram, encontramos que 63,6% são provenientes de instituição de ensino privada e 36,4% de instituição pública de ensino (Tabela 1). Este resultado corrobora o que nos aponta Pierantoni (2001), que o sistema de ensino superior no Brasil é predominantemente privado, em torno de cerca de 60%, com um número crescente de abertura de novos cursos e instituições privadas de ensino superior.

Podemos observar a predominância de instituições privadas também na área da saúde, mesmo que em algumas regiões brasileiras tenhamos um maior número de instituições públicas de ensino superior, o número de vagas nas instituições privadas é maior, portanto sendo responsável pela formação de maior quantidade de profissionais, inclusive na área da saúde (PIERANTONI, 2001).

Essa realidade é constatada no município de Goiânia, onde existe um único curso público de graduação em enfermagem, que forma em média 50 alunos/ano, ao passo que coexistem outros sete cursos em universidades privadas, que formam aproximadamente 600 alunos ao ano. Segundo o estudo de Carrijo et al (2007), numa projeção feita para o ano de 2009, estima-se que cerca de 1000 enfermeiros serão formados ao ano, em função da expansão do número de escolas e de vagas ofertadas por semestre.

Mas, este “boom” de escolas privadas em Goiânia começou há cerca de cinco ou seis anos, entre os anos de 2001 e 2002. Antes disso só existia uma escola pública e uma privada de graduação em enfermagem, que lançavam no mercado de trabalho por ano um contingente semelhante. É importante considerar isso, pois a Tabela 1 (pág. 103) mostra que 35 enfermeiros graduaram-se antes de 2000, por tanto antes da expansão do número de escolas.

Quanto à distribuição dos enfermeiros gerentes nos locais de trabalho, sua vinculação com o serviço na Rede Básica de Saúde e carga horária, a Tabela 2 ilustra como estão alocados no município.

Tabela 2 - Distribuição dos enfermeiros gerentes em relação ao local e vinculação com os serviços da Rede Básica de Saúde de Goiânia-GO, 2008.

Variáveis	Frequência (n=44)	%
Local de trabalho		
Unidade de Saúde	15	34,1
Distrito Sanitário	13	29,5
Sede da SMS	12	27,3
Unidade de Saúde da Família	4	9,1
Vínculo empregatício		
Efetivo	37	84,1
Contratado / Comissionado	7	15,9
Carga horária de trabalho diária		
8 horas	40	90,9
6 horas	4	9,1

A Tabela 2 demonstra que temos 34,1% dos enfermeiros lotados nas Unidades Básicas de Saúde, Centro de Saúde, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro Integral de Assistência Médico Sanitária (CIAMS), Centro de Assistência Integral à Saúde (CAIS), 29,5% dos enfermeiros na Sede dos Distritos Sanitários e 9,1% em Unidades de Saúde da Família, totalizando 72,7% dos enfermeiros gerentes distribuídos nos diversos serviços da Atenção Básica à Saúde do município e em contrapartida 27,3% estão lotados no nível central da Rede Básica de Saúde na Sede da Secretaria Municipal.

Como dissemos anteriormente, em toda literatura mundial pouco se encontra a terminologia Atenção Básica à Saúde, o conceito mais usual é Atenção Primária à Saúde. No Brasil, utilizamos Atenção Primária e Básica como conceitos similares, mais comumente encontramos nas literaturas brasileiras e na Política Nacional do Ministério da Saúde o termo Atenção Básica à Saúde (SOUSA, 2007; GIL, 2006; BRASIL, 2006; MENDES, 2002).

Portanto, uma grande maioria dos enfermeiros de nosso estudo (72,7%), gerenciam os serviços que são considerados como “porta de entrada” no Sistema

Único de Saúde, sendo contato preferencial dos indivíduos, famílias e comunidade com o sistema de saúde, por disponibilizar atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, Para o desenvolvimento do processo gerencial Atenção Básica, os enfermeiros dispõem de tecnologias de menor densidade, mas não significando de menor complexidade, na resolução dos problemas de saúde prioritários em seu território (SANTOS, 2007; BRASIL, 2006; MISHIMA, 2003).

Por outro lado, 12 (27,3%) enfermeiros desenvolvem funções gerenciais tais como coordenação, supervisão no nível central da Secretaria Municipal de Saúde, nos Programas de Saúde implementados nas 89 Unidades de Saúde do Município de Goiânia (Tabela 2).

O vínculo empregatício informado pelos enfermeiros caracteriza uma relação de estabilidade para 84,1% dos enfermeiros gerentes na Secretaria Municipal de Saúde, pois grande parte deles possui vínculo efetivo, significando que passaram por concurso público, conforme apresentado na Tabela 2, mas 15,9% estão vinculados por meio de contratos ou cargos comissionados.

Este fato evidencia que há diferentes vínculos entre os enfermeiros que gerenciam os serviços de saúde da Rede Básica em Goiânia, situação que pode criar tensões na convivência das equipes no interior dos serviços, comprometer as práticas de gerência e acirrar conflitos pelo não cumprimento, em alguns casos, das proteções trabalhistas. Em outras palavras, pode provocar reflexos negativos na atenção à saúde da população.

Do ponto de vista legal, a multiplicidade de vínculos nem sempre cumpre o que a legislação brasileira estabelece como padrão de proteção ao trabalhador. Os gestores têm assumido compromissos e adotado medidas para enfrentar o

problema, sem contar que essa situação tem levado a inúmeras ações judiciais para cumprimento dos dispositivos legais (FREITAS, et al, 2006; BRASIL, 2007b).

A heterogeneidade de vínculos não ocorre somente na gestão municipal, mas também na gestão estadual, em praticamente todos os Estados da Federação. Isso já foi constatado em um levantamento realizado pelo CONASS/MS em 1997, que identificou 13 modalidades contratuais em 22 Secretarias Estaduais de Saúde (PIERANTONI, 2001).

Neste sentido, vale destacar que a reforma administrativa do Estado, feita em 1998, aponta para questões centradas nas relações de trabalho e nos contratos de gestão, com alteração do Regime Jurídico Único, por forma flexibilizada de contratação, prevista na Emenda Constitucional de Nº 19 de 05 de junho de 1998, que permite a contratação de servidores públicos amparados na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), Decreto 5.452 de 1º de maio de 1943, para todos os níveis da administração pública (PIERANTONI, 2001; BRASIL, 2007b).

A carga horária diária de trabalho para 90,9%, dos enfermeiros gerentes é de oito horas diárias (Tabela 2), o que parece ser um indicativo de envolvimento com as unidades de saúde que gerenciam, pois corresponde a 40 horas semanais de trabalho, coerente com o projeto político da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia de trabalhar com o maior número de servidores com vinculação efetiva. Outro aspecto a ser considerado na contratação com respeito à carga horária é que, com a Estratégia Saúde da Família, os profissionais são contratados para 40 horas semanais.

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Witt e Almeida (2005) na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, sendo que a carga horária

de trabalho para a maior parte das enfermeiras é de 40 horas semanais, não tendo a Secretaria de Saúde do Município, contratos de 20 horas semanais.

A Tabela 3 mostra o perfil dos enfermeiros gerentes no que diz respeito ao tempo de experiência no exercício de atividades gerenciais em serviços de saúde. Verificamos existir neste aspecto uma grande diversidade, os enfermeiros apresentavam experiência de um ano a mais de 20 anos em trabalhos gerenciais, comparando-se com tempo de exercício como gerente na atual lotação.

Tabela 3 - Tempo de exercício dos enfermeiros em atividades gerenciais nos serviços de saúde e na atual lotação na Rede Básica de Saúde do Município de Goiânia-GO, 2008.

Tempo de atividades gerenciais (anos)	Frequência (%)	Tempo de atividades gerenciais na atual lotação (anos)	Frequência (%)
0 a 1	4 (9,1)	0 a 1	10 (22,7)
2 a 5	15 (34,1)	1 a 2	22 (50,0)
6 a 10	14 (31,8)	2 anos e 6 meses	12 (27,3)
11 a 20	9 (20,5)		
20 e mais	2 (4,5)		

Se considerarmos que uma grande parte desses profissionais assumiram os cargos de gerência na mudança do Governo Municipal e do Secretário de Saúde, podemos constatar que existe uma grande rotatividade entre os gerentes na Rede Básica de Saúde. Na atual lotação, 72,7% estão no máximo por dois anos. Esta situação pode gerar dificuldade de vinculação com a equipe de trabalho, com a comunidade e no planejamento e desenvolvimento de ações a médio e longo prazo, dificultando também a possibilidade de desenvolver propostas de avaliação do trabalho gerencial e do impacto das ações de saúde para comunidade. Resultado

similar foi encontrado no estudo de Kantorski et al (2006), que demonstra uma rotatividade de 50% dos sujeitos que ocupam cargos gerenciais.

A análise do tempo que os enfermeiros exercem atividades gerenciais em serviços de saúde, anteriores e na atual situação de trabalho, levou-nos a pensar que as experiências acumuladas na gerência durante anos de trabalho em diferentes serviços (6 a 20 anos) por 56,8% do grupo, constitui-se uma preparação, de certa forma, para a tarefa. Ao vivenciarem no cotidiano os desafios que esta atividade representa, conseqüentemente lhes seria acrescentados conhecimentos não formais, desenvolvimento de aptidões inatas e novas competências necessárias para cargos gerenciais. Porém, por outro lado, aventamos também a hipótese de que um período maior na função gerencial poderia torná-los mais resistentes a novas proposta e mudanças no processo gerencial.

Atualmente, com novas tecnologias, entendidas não apenas como equipamentos, instrumentos, mas principalmente como conhecimentos para auxiliar no processo gerencial, e com o mercado de trabalho mais exigente e competitivo, tornou-se imprescindível melhorar a qualificação e profissionalização dos enfermeiros para ocuparem cargos administrativos e desenvolverem funções gerenciais do serviço de saúde. Essa formação passa necessariamente pela construção de conhecimentos via educação formal e permanente, sobretudo, em nível de pós-graduação. Neste sentido, a Figura 3 ilustra a qualificação dos enfermeiros gerentes.

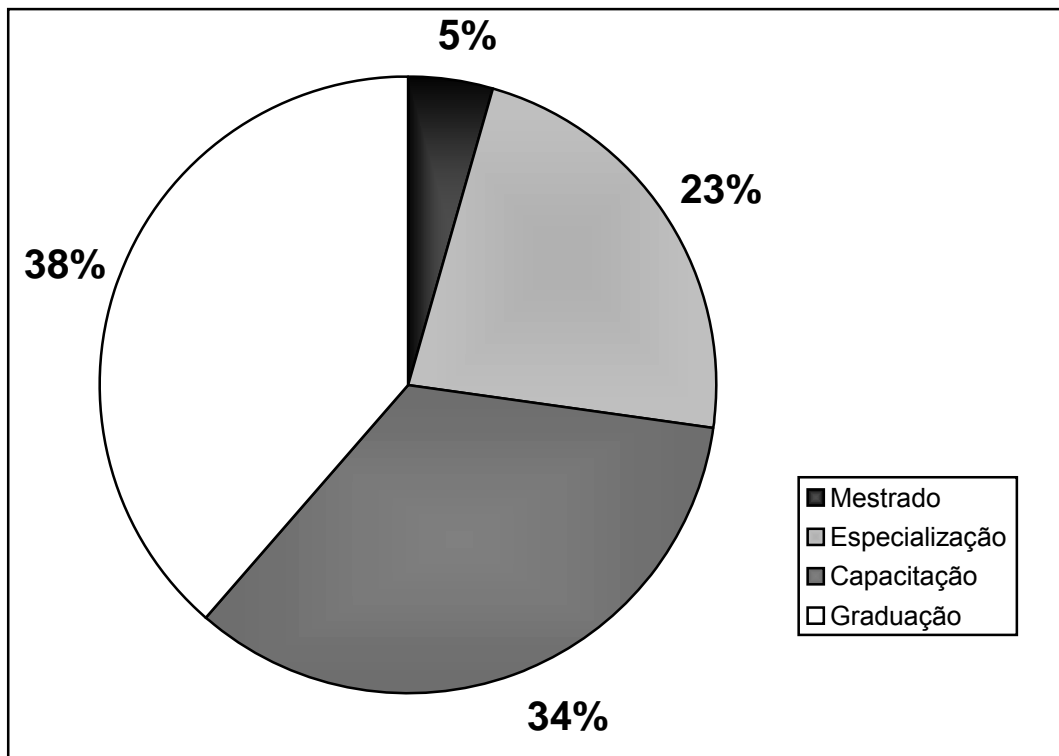


Figura 3 – Qualificação do enfermeiro para o gerenciamento de serviço de saúde em Goiânia-GO, 2008.

No grupo dos 44 participantes do estudo, somente dois gerentes (5%) têm curso de Pós-graduação *Stricto sensu* – Mestrado, na área de Epidemiologia ou Enfermagem. Outros 10 (23%) enfermeiros têm Pós-Graduação *Lato sensu*, nas áreas de Saúde Pública, Administração Hospitalar, Gerenciamento do Sistema de Saúde, Auditoria, Gestão em Serviços de Saúde e Saúde da Família.

Outros 15 enfermeiros (34%), participaram de cursos de capacitação modular sobre gerenciamento dos serviços de saúde, oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde, direcionado para os gerentes da Rede Básica de Saúde. Porém chama a atenção que 17 (38%) enfermeiros não realizaram nenhum curso para o gerenciamento de serviços de saúde e assumiram o cargo sem formação ou conhecimento específico para a função, em geral cargos de definição política.

Nesse sentido, é necessário lembrar que estamos em plena Década dos Recursos Humanos em Saúde, determinada na VII Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, realizada em Toronto, 2005. Investimentos na formação e valorização de recursos humanos são imprescindíveis para um modelo competente de gestão orientado para solucionar problemas, enfrentar desafios da organização e apresentar resultados, lembrando ainda, que hoje os ativos organizacionais mais importantes são as pessoas (RIGOLI, ROCHA e FOSTER, 2006; MENDES e MARZIALE, 2006).

Quando solicitados a avaliar os conhecimentos que possuem para o desempenho da ação gerencial, e seu próprio trabalho como gerentes, os enfermeiros apresentam um posicionamento que chama a atenção, conforme podemos observar na Tabela 4.

Tabela 4 - Posicionamento dos enfermeiros sobre o desempenho gerencial nos serviços de saúde da Rede Básica de Saúde de Goiânia-GO, 2008.

Variáveis	Frequência (n=44)	%
Conhecimentos para o desempenho da função gerencial		
Satisfatório	16	36,4
Aperfeiçoando com novos conhecimentos	14	31,8
Aperfeiçoando com a prática	9	20,4
Insatisfatório	5	11,4
Auto-avaliação do seu trabalho gerencial		
Bom	14	31,9
Bom, mas com dificuldade	10	22,7
Ainda a desejar	10	22,7
Regular / Pouco resolutivo	10	22,7
Curso que gostaria de realizar		
Especialização em gestão de pessoas	16	36,3
Mestrado Profissional	12	27,3
Especialização em Saúde Pública	4	9,1
Especialização ou capacitação em Urgências	3	6,8
Especialização em Gestão Pública	3	6,8
Outros	5	11,3
Não gostariam de fazer curso	1	2,3

No que diz respeito aos conhecimentos que possuem para o desempenho da função gerencial, somente 16 (36,6%) enfermeiros consideram-nos satisfatórios; 14 (31,8%) necessitam buscar novos conhecimentos e consideraram que estão em processo de construção e aprendizagem permanente; nove (20,4%) consideram que os conhecimentos são aperfeiçoados com a prática e, para cinco (11,4%) enfermeiros, os seus conhecimentos são insatisfatórios.

Ao auto-avaliarem o seu desempenho no trabalho gerencial, apenas 14 (31,9%) enfermeiros consideram-no como bom, enquanto 30 (68,1%) demonstram certa insatisfação com seu desempenho, justificando como dificuldades e desempenho pouco resolutivo.

Esse posicionamento chama a atenção se considerarmos que, ao avaliarem os seus conhecimentos, os enfermeiros referem, de certa forma, estarem satisfeitos com aquilo que dispõem para o desenvolvimento da função gerencial, haja vista que apenas cinco enfermeiros (11,4%) manifestaram insatisfação com os conhecimentos que têm sobre o processo de gerenciamento.

O fato leva à compreensão de que existe uma lacuna na formação acadêmica e no serviço, que precisa ser preenchida de forma a oferecer ao enfermeiro gerente maior sustentação técnico-científico para o desempenho gerencial.

Considerando que essa habilidade não é inata e pode ser desenvolvida (MOSCOVICI, 2001; MOTTA, 2003), é fundamental que esforços sejam feitos pelas instituições formadoras e pelos gestores dos serviços no desenvolvimento das competências necessárias a esses profissionais.

Analisando ainda os dados da Tabela 4, há necessidade de realização de cursos e investimentos em recursos humanos para atender às demandas dos serviços e melhorar a qualidade do cuidado prestado. Os dados revelam uma demanda dos enfermeiros para conhecimentos especializados e atualizados e que levem em consideração as perspectivas do SUS.

Os enfermeiros praticamente foram unânimes nas respostas, todos gostariam de realizar algum curso, 16 (36,3%) gostariam de realizar cursos de Especialização em Gestão de Pessoas, 12 (27,3%) Mestrado Profissional e 15 (34%), outros cursos de Especialização em Saúde Pública, Gestão Pública e em Urgência. O curso de especialização ou capacitação em urgências mesmo não relacionado diretamente com gerenciamento e gestão de serviços, amplia os conhecimentos e oportunidades de trabalho para os enfermeiros.

A Gestão de Pessoas é apontada como de grande relevância, uma vez que as pessoas são ativos das organizações e respondem pelas ações nos serviços de saúde. Assim, conhecer formas de lidar com as pessoas constitui etapa fundamental no processo gerencial, que busca qualidade no serviço.

Doze participantes (27,3%) informaram que gostariam de cursar o Mestrado Profissional, sinalizando que essa é uma demanda crescente em nível de pós-graduação para os profissionais inseridos nos serviços de saúde.

O Mestrado Profissional se distingue do Mestrado Acadêmico porque o Acadêmico prepara um pesquisador, enquanto o Mestrado Profissional pretende aprofundar o pós-graduando na pesquisa, fazer com que ele a conheça bem, saiba onde localizar e aprenda como incluir a pesquisa existente e a futura no seu trabalho profissional (CAPES, 2008). Somente um participante do estudo declarou não ter interesse em realizar cursos, por proximidade da aposentadoria.

Essa preocupação pode ser traduzida na direção que aponta a educação permanente, seu objeto de transformação é o processo de trabalho, guiado para a melhoria da qualidade, para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços. É preciso considerar, ainda, as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, a necessidade de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde (BRASIL, 2007b).

Lembramos também que, neste aspecto, as propostas de desenvolvimento para recursos humanos sugeridos pelo Ministério da Saúde eram mais voltadas para a formação e capacitação dos profissionais de saúde já graduados, inseridos ou em fase de inserção nos serviços. Eram adotadas medidas para eliminar as deficiências nas áreas da atenção básica, aumentando oferta de cursos nas áreas específicas. Desta forma, o processo de desenvolvimento de recursos humanos ocorreu de maneira descontinuada, pontual e fragmentada, não atendendo à proposta de integralidade da assistência (ALMEIDA e FERRAZ, 2008).

Para os integrantes da Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, os trabalhadores são protagonistas do desenvolvimento e melhoria do sistema de saúde. Embora os dados desta pesquisa não afirmam isso, é importante que os gerentes se envolvam como protagonistas no desenvolvimento do SUS, lembrando, que a formação de recursos humanos em saúde é entendida também como um processo social, e não exclusivamente técnico, orientado para a melhoria da situação de saúde da população e da equidade social, por meio de uma força de trabalho bem distribuída e capacitada (RIGOLI, ROCHA e FOSTER, 2006).

Além de estarmos praticamente inaugurando a década de recursos humanos em saúde, também observamos que políticas de formação de profissionais

de saúde são articuladas em uma ação de cooperação técnica entre os Ministérios de Educação e da Saúde, por meio do ato de cooperação Interministerial institucionalizado pela Portaria nº 2.118, de 3 de novembro de 2005, para a formação e desenvolvimento de profissionais na área da saúde. Neste estudo, tenho a possibilidade de apontar para a formação de recursos humanos na enfermagem, incluídos nessa política Interministerial.

Como consequência desta articulação Interministerial, emerge o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), destinado a projetos da enfermagem, medicina e, posteriormente da odontologia, norteados pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), que foi homologado em outubro de 2001. Nesta perspectiva, a essência do Pró-Saúde é a aproximação da academia com os serviços públicos de saúde, mecanismo fundamental para transformar o aprendizado da graduação com base na realidade socioeconômica e sanitária da população brasileira (ALMEIDA e FERRAZ, 2008, BRASIL, 2007d).

Podemos dizer que a preocupação com a formação de recursos humanos para a saúde, especificamente direcionando para o processo gerencial na atenção Básica, vai além de capacitar ou especializar em nível de pós-graduação, mas articulando ensino e serviço já em nível de graduação na perspectiva do SUS, apoiando a política nacional de educação permanente em saúde, para atender conforme as demandas dos serviços, organizado e implementado em redes de atenção à saúde, lembrando da transitoriedade do saber e as mudanças no mundo do trabalho (CAMPOS, et al 2007).

5.3. O trabalho gerencial desenvolvido pelos enfermeiros na Rede Básica de Saúde

Esse tópico é parte nuclear dos resultados, já que representa os diferentes momentos do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros gerentes, ou seja, caracteriza a situação do gerenciamento vivenciado pelos sujeitos do estudo em sua realidade de trabalho. Leva em consideração a infra-estrutura, a clientela atendida, os serviços disponibilizados, bem como a composição das equipes de saúde, a preocupação com a educação permanente e outros aspectos importantes para um bom desempenho das atividades voltadas à organização do trabalho e do cuidado prestado ao usuário.

Analisamos também neste tópico o trabalho gerencial do enfermeiro, no que diz respeito a recursos financeiros, materiais, equipamentos e insumos que dispõem para o desenvolvimento do trabalho gerencial na Rede Básica de Saúde. Abordamos ainda as atividades que desenvolvem em seu cotidiano e que consideram de maior importância e inerentes à função gerencial, bem como os pontos de estrangulamento em seu trabalho na Secretaria Municipal de Saúde.

5.3.1. O contexto dos serviços da Rede Básica de Saúde

A Rede Municipal de Saúde de Goiânia dispõe de 89 Unidades de Saúde Pública, que estão distribuídas nos nove Distritos Sanitários, (Quadro 1, p.87). A Rede Básica presta cuidados em diferentes níveis de complexidade dentro dos diversos territórios sanitários. Para isso, conta com Unidades Básicas da Saúde da Família, Centros de Saúde, CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), CIAMS (Centro

Integral de Assistência Médico Sanitária), CAIS (Centro de Assistência Integral à Saúde), Maternidade Nascer Cidadão, Pronto Socorro Psiquiátrico, Centro de Referência em Diagnóstico e Terapêutica (GOIÂNIA 2006b).

A Tabela 5 mostra as características dos serviços da Rede Básica de Saúde, quanto a sua organização e funcionamento. Nos serviços da Rede de Saúde que os enfermeiros gerenciam encontramos 35 (79,5%) unidades de saúde com atendimento diário de 12 horas e nove (20,5%) unidades de saúde com atendimento de 24 horas diárias. O horário de atendimento nestas unidades de saúde está diretamente relacionado à proposta de trabalho para qual ela se destina. Temos unidades que prestam assistência ambulatorial especializada, de urgência e emergência, algumas 24 horas todos os dias da semana, com disponibilidade de leitos para observação, e unidades com atendimento de 12 horas diárias, que prestam assistência conforme prevista para unidades de atenção básica à saúde.

Tabela 5 – Características dos serviços gerenciados pelos enfermeiros da Rede Básica de Saúde – Goiânia-GO, 2008.

Variáveis	Frequência (n=44)	%
Horário de atendimento ^a		
Diurno / 12 horas	35	79,5
Diurno e Noturno/ 24 horas	9	20,5
Clientela ^a		
Funcionários/equipe de saúde	13	29,5
Usuários/comunidade	5	11,4
Funcionários e usuários	26	59,1
Fluxo da clientela no serviço ^b		
Atendimento de demanda espontânea	38	86,3
Atendimento de demanda agendada	28	63,6
Atendimento da clientela referenciada	20	45,4
Outros	15	34,1
Planta física da unidade atende às necessidades ^a		
Sim	10	22,7
Não	34	77,3

^a Classificação do serviço de acordo com as categorias.

^b Nesta variável, os serviços podem estar classificados em mais de uma categoria.

A política nacional de atenção básica define como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde, com outras especificidades definidas regionalmente de acordo com prioridades (BRASIL, 2006).

Existe, portanto, sob a gerência do enfermeiro na Rede Básica de Saúde em Goiânia, programas do Ministério da Saúde com ações programáticas nas diversas áreas previstas pela política nacional de atenção básica. Kantorski et al (2006) encontraram em um município de grande porte ações programáticas da política da atenção básica direcionadas aos adolescentes, mulher, criança, adulto, idoso, saúde mental, saúde bucal, tuberculose, reabilitação, saúde ambiental, entre outras áreas consideradas prioritárias.

Outros aspectos analisados na característica dos serviços relacionavam-se ao tipo de clientela atendida e ao fluxo da clientela nos serviços. Conforme podemos constatar, dos serviços gerenciados pelos enfermeiros, 26 (59,1%) atendem a funcionários/equipe de saúde e a usuários/comunidade, 13 (29,5%) atendem a funcionários/equipe de saúde e somente cinco (11,4%) atendem exclusivamente a usuários/comunidade.

Quanto ao fluxo da clientela, verificamos que 38 (86,3%) dos serviços atendem à demanda espontânea, 28 (63,6%) atendem à demanda agendada e 20 (45,4%) prestam atendimento a uma clientela referenciada, 15 (34,1%) desenvolvem funções de planejamento na coordenação dos programas de Saúde, cursos de capacitação e prestam assessoria para as equipes de saúde na Rede Básica. Nesta

questão, alguns enfermeiros deram mais de uma resposta, visto que, gerenciam serviços que atendem tanto à demanda espontânea como à agendada, ou desenvolvem trabalho gerencial em serviços de referência para a Rede Básica de Saúde, como ambulatório de queimaduras e de atendimento ortopédico, entre outros.

A demanda espontânea pode constituir-se como o primeiro contato com o usuário e tornar-se uma estratégia de estabelecimento de vínculo na perspectiva de que haja uma transformação gradativa da demanda espontânea para demanda agendada e/ou acompanhada.

Portanto, o atendimento ao usuário pode ser realizado por meio dos diversos fluxos que ocorrem no cotidiano dos serviços, mas sempre com o desejo de atender o mais próximo possível do que é preconizado pelos princípios do SUS, que prevê a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, a integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos ou curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema (CARVALHO e SANTOS, 1995; ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2002; CAMPOS et al, 2007).

Com relação à planta física, 34 (77,3%) enfermeiros gerentes consideraram que as unidades não atendem às necessidades dos serviços e às demandas a ela determinadas e somente dez enfermeiros (22,7%) referiram que as unidades estariam adequadas em sua estrutura física para o atendimento a que se propõem (Tabela 5).

De um modo geral, sabemos que a planta física da unidade de saúde revela as finalidades que vão se conformando e vão conformar a rede de relações

existentes no trabalho em saúde. Por isso a estrutura organizativa parece também influenciar no desenvolvimento do trabalho de toda a equipe (FORTUNA, 1999; VANDERLEI e ALMEIDA, 2005).

Entretanto, é importante destacar que essas limitações relacionadas à planta física e outros elementos da infra-estrutura muitas vezes se dão por razões que fogem da capacidade gerencial do enfermeiro, pois muitos espaços físicos são alocados e adaptados para os serviços, sem possibilidades de grandes investimentos em reformas ou ajustes para atender ao crescimento da demanda e implantação de novos serviços.

Encontramos também espaços físicos subutilizados, ou que mantêm um fluxo de circulação inadequado para os serviços que se propõem a atender. Sendo assim, é fundamental buscar a otimização dos espaços e da infra-estrutura que, de uma forma geral, poderiam melhorar muito o desenvolvimento do trabalho em saúde.

Neste sentido, gerenciar o trabalho em saúde requer a articulação com múltiplas dimensões que são inerentes a esta ação (MISHIMA et al, 1997; MOTTA, 2003). Quando olhamos para o conjunto das atividades que compõem as ações desenvolvidas nas unidades de saúde gerenciadas pelos enfermeiros, observamos que eles vêm assumindo uma dupla dimensão do trabalho em saúde realizando simultaneamente ações gerenciais e assistenciais como mostra a Tabela 6.

Tabela 6 – Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros gerentes junto à equipe de saúde e usuários na Rede Básica de Saúde do Município de Goiânia-GO, 2008.

Tipo de atividades desenvolvidas	Frequência – n (%)
Assistência à saúde nos programas do MS	28 (63,6%)
Planejamento, supervisão e avaliação dos serviços Assessoria técnica	20 (45,4%)
Atividades administrativas, contratação e capacitação de RH e sistema de informação	16 (36,3%)
Educação para a comunidade / Educação em saúde	13 (29,5%)
Educação em serviço / Capacitação da equipe	12 (27,3%)
Atenção às Urgências e Emergências	10 (22,7%)
Assistência especializada ambulatorial	10 (22,7%)

Os resultados mostraram atividades de planejamento de serviços, ações administrativas e ações de assistência, de prevenção e de promoção à saúde. Existem algumas atividades que são comuns e executadas por quase todos os gerentes, independente de estarem lotados nas unidades básicas de saúde, centros de saúde, nos distritos sanitários ou na coordenação de serviços da Secretaria Municipal de Saúde.

Entre elas, destacam-se: assistência à saúde nos programas do Ministério da Saúde, educação em serviço e capacitação das equipes de saúde, planejamento, supervisão e avaliação dos serviços, assessoria técnica, atenção às urgências e emergências, educação para a comunidade e educação em saúde, assistência especializada ambulatorial, atividades administrativas, contratação e capacitação de recursos humanos e sistema de informação.

Entre o conjunto de atividades do enfermeiro gerente, 28 são (63,6%) de assistência à saúde nos programas do Ministério da Saúde e 20 (45,4%), de planejamento, supervisão, avaliação dos serviços e assessoria técnica nas unidades de saúde, o que representa as atividades de gerenciamento dos serviços. Em 16

(36,3%) unidades de saúde são desenvolvidas outras atividades administrativas, contratação e capacitação de recursos humanos.

Em 13 (29,5%) serviços são desenvolvidas ações de educação para a comunidade e 12 (27,3%) ações de educação em serviço e capacitação para a equipe de saúde. Em dez (22,7%) unidades de saúde presta-se atendimento às urgências e emergências e dez (22,7%) assistência especializada ambulatorial (Tabela 6).

Outros estudos também sinalizam que o enfermeiro desenvolve atividades simultâneas de assistência e de gerência. As atividades assistenciais de maior frequência são o desenvolvimento de políticas de ações programáticas, tais como: saúde do adolescente, mulher, criança, adulto, idoso, saúde mental, tuberculose, entre outros programas do Ministério da Saúde. Porém as atividades de gerência constituem em sua maioria atividades administrativas burocráticas, mais ligadas a questões operacionais do trabalho nas unidades de saúde (KANTORSKI et al, 2006). Em outro contexto, as ações administrativas são compostas de um conjunto de atividades voltadas para a organização do processo de trabalho, infraestrutura e planejamento de serviços (VANDERLEI e ALMEIDA, 2005).

5.3.2. A prática gerencial dos enfermeiros

Neste ítem discutimos, mais especificamente, os resultados que caracterizam os diferentes momentos do trabalho gerencial que o enfermeiro realiza no cotidiano dos serviços de saúde da Rede Básica de Goiânia.

Entre o conjunto de atividades que os enfermeiros gerentes desenvolvem em um dia de trabalho, 61,4% delas são essencialmente de caráter gerencial, mas

em 38,6% dos serviços eles desenvolvem simultaneamente atividades gerenciais e assistenciais, muitas vezes gerando conflitos diante da necessidade de articular ambos os tipos de ações.

O estudo de Vanderlei e Almeida (2005) encontrou situação semelhante, com a maioria das enfermeiras, gerentes das unidades básicas de saúde, queixando-se de uma sobrecarga de ações administrativas. Elas ficam diante do difícil ou impossível impasse de buscar uma articulação entre a dimensão assistencial e a dimensão gerencial.

No que diz respeito à caracterização do trabalho gerencial, Mishima (1997) destaca que a gerência engloba a dimensão técnica, que pode traduzir-se nas funções administrativas de planejamento, coordenação, supervisão, controle e avaliação; dimensão política, que articula o trabalho gerencial ao projeto que se tem a empreender; a dimensão comunicativa, que diz respeito ao caráter de negociação presente nas relações de trabalho da equipe, da unidade com a comunidade e a dimensão gerencial do desenvolvimento da cidadania.

Essas dimensões são inerentes ao trabalho gerencial, mas não foi possível realizar esta análise em nosso estudo, pois os nossos dados não as mostravam da forma como estão colocadas pela autora, embora alguns aspectos dessas dimensões possam ser observados, contudo, os enfermeiros em foco neste estudo caracterizaram-nas mais como dimensão assistencial e gerencial.

Na perspectiva dos enfermeiros que participaram dessa pesquisa, as atividades gerenciais consideradas de maior importância estão representadas na Figura 4, sendo dispostas em ordem decrescente.

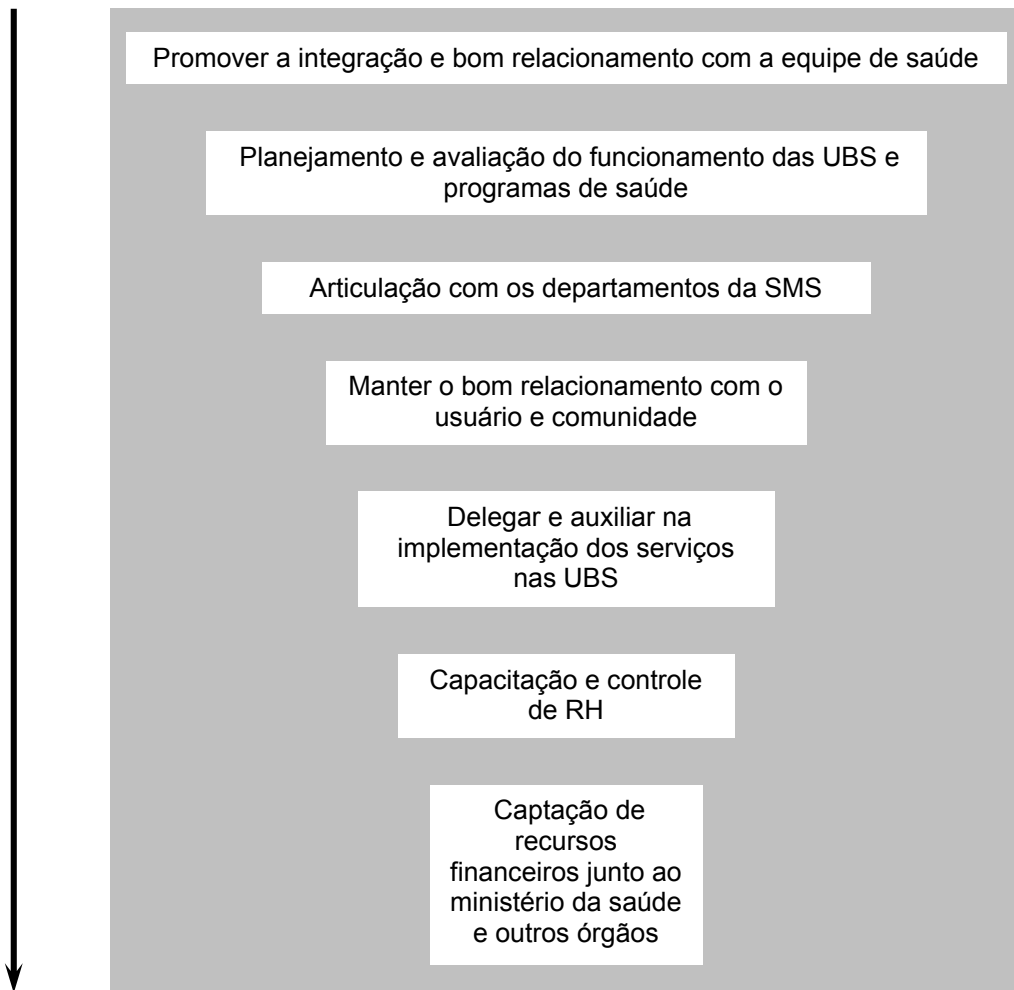


Figura 4 - Atividades gerenciais desenvolvidas pelos enfermeiros na Rede Básica (apresentadas em ordem decrescente de importância) Goiânia-GO, 2008.

A atividade gerencial de maior importância relacionada pelos enfermeiros foi promover a integração e o bom relacionamento com as equipes de saúde sob sua responsabilidade. Muitos gerentes apontaram como sendo fundamental investir no relacionamento interpessoal com sua equipe e valorizar o desempenho da equipe de saúde para o bom andamento e qualidade do cuidado prestado.

Neste aspecto, o desenvolvimento da competência interpessoal inclui habilidades como a flexibilidade, o espírito inovador e a criatividade, dar e receber feedback, exercitar o relacionamento entendido na dimensão emocional afetiva.

Esse processo precisa ser treinado juntamente com o crescimento pessoal que requer auto-percepção, auto-conscientização e auto-aceitação (MUNARI e BEZERRA, 2004; MUNARI et al, 2003; JORGE et al, 2007).

Diante disso, é possível considerar que o desenvolvimento da competência interpessoal pode ser uma ferramenta poderosa para transformar a prática gerencial do enfermeiro, uma vez que estimula a formação de líderes que possam avaliar e dimensionar os problemas de modo global, permitindo exercer o papel com mais segurança e transparência (MUNARI e BEZERRA, 2004; MUNARI et al, 2003).

Outras atividades consideradas importantes no processo gerencial são o planejamento e a avaliação do funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, juntamente com os Programas de Saúde do Ministério implantados nestes serviços, além da articulação com os diversos departamentos da Secretaria Municipal de Saúde. Neste caso, devemos considerar o princípio doutrinário do SUS de hierarquização, entendido como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 2007a).

Os enfermeiros participantes da pesquisa consideram que, dentro do processo de trabalho gerencial, realizar e manter o bom relacionamento com o usuário e com a comunidade faz parte da função gerencial como uma ação de respeito à cidadania e participação popular. Essa atitude do enfermeiro em relação ao usuário levou-nos a considerar que de alguma forma os princípios do SUS estão norteando as ações dos gerentes no que diz respeito a participação da comunidade e à divulgação de informações quanto à capacidade e oferta dos serviços de saúde

que o usuário tem como direito previsto nas Leis Orgânicas de Saúde (BRASIL, 2007a; CARVALHO e SANTOS, 1995).

No entanto, o cuidado com a comunidade é uma preocupação a mais na função gerencial, somada às funções de organizar internamente a unidade de saúde e atender às necessidades de saúde da comunidade/usuários das áreas de abrangência. Mishima (1995), afirma que a proximidade com a comunidade estabelece relações e vínculos entre a comunidade e os serviços de saúde, mas, ao mesmo tempo, expõe as contradições presentes no cotidiano de trabalho, uma vez que outras necessidades surgirão para além do atendimento médico assistencial.

Ainda no que se refere ao grupo de atividades consideradas importantes na função gerencial, os enfermeiros destacaram a ação de delegar e auxiliar na implementação dos serviços das unidades básicas de saúde, bem como a capacitação, controle de recursos humanos e a captação de recursos financeiros junto ao Ministério da Saúde e outros órgãos (Figura 4).

Quanto à capacitação e controle de recursos humanos, a Portaria GM 1996, de 20 de agosto de 2007, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores. Esse documento propõe que os processos de capacitação de recursos humanos em saúde sejam estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho, tendo como referência as necessidades dos usuários, das comunidades e do controle social em saúde (ALMEIDA e FERRAZ, 2008).

Também identificamos neste estudo, os pontos de estrangulamento presentes no cotidiano do trabalho gerencial do enfermeiro, que foram considerados

fatores dificultadores no processo de trabalho gerencial. Sob muitos aspectos interferem para a baixa resolutividade e queda da qualidade da assistência, gerando um sentimento de “frustração e/ou incapacidade” no desempenho da função gerencial.

Para auxiliar na demonstração desses resultados, construímos a Figura 5, na qual eles são apresentados em ordem decrescente, conforme a frequência das respostas, mostrando um conjunto de situações consideradas pontos de estrangulamentos no processo de trabalho gerencial, sob a ótica dos enfermeiros da Rede Básica de Saúde de Goiânia.

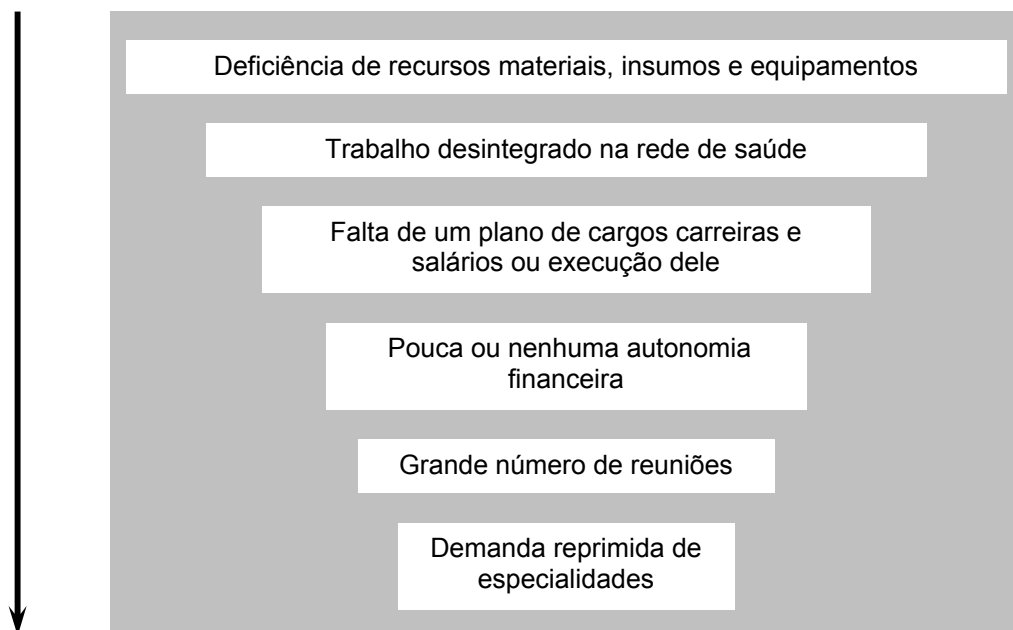


Figura 5 - Pontos de estrangulamento identificados pelos enfermeiros em ordem decrescente de importância, Goiânia-GO, 2008.

A deficiência de recursos materiais, insumos e equipamentos foi considerada pelos enfermeiros como o ponto de estrangulamento mais presente no trabalho gerencial. Isso em muitos momentos torna o atendimento inadequado, gerando a insatisfação do usuário, sobrecarga e estresse da equipe de saúde com

queda de rendimento, tornando a função gerencial ainda mais conflituosa e desgastante para o profissional em seu cotidiano. Segundo Motta (2003, p.21), esses profissionais exercem uma função tensa e estafante, *“que tem menos a ver com construir uma estrada em terreno firme e mais com buscar uma trilha à beira de areia movediça (...)”* Vivem pressionados para adotar ações de curto prazo na busca de recursos e solução de problemas.

Alguns enfermeiros gerentes afirmam nas entrevistas que a insuficiência de recursos nem sempre causa somente impactos negativos. Em alguns casos, eles têm observado que essa situação pode ajudar os trabalhadores da saúde desenvolver a capacidade para resolução de problemas, levando a equipe de saúde a descobrir maneiras de superar limites e promover parcerias de apoio entre os membros da equipe.

Isso mostra que são valorizadas as novas alternativas em saúde que enfatizam a melhor utilização de seus recursos, a redução do desperdício, tanto de insumos em geral quanto de tempo, além da melhoria da qualidade dos serviços oferecidos. As organizações de saúde não produzem serviços eficazes apenas com estruturas e pessoas. Os suprimentos em geral também fazem parte desse processo. A gestão eficaz de suprimentos irá fornecer materiais, insumos e equipamentos necessários, exercendo papel central na busca de um serviço eficiente de saúde para a população (CRUZ e HENRIQUES, 2005).

No intuito de solucionar as deficiências de recursos os enfermeiros gerentes, tanto nas Unidades Básicas de Saúde, Centro de Saúde, Distritos Sanitários ou na Secretaria de Saúde em nível central, tomam providências semelhantes para suprir as necessidades de materiais, insumos e equipamentos, como o remanejamento interno ou com outros serviços de saúde, improvisação e/ou

por meio de solicitação aos departamentos competentes nos processos de licitações ou de compras emergenciais.

Portanto, se por um lado podemos tratar a gerência como científica, racional, com possibilidade de prever e antecipar ações mais eficientes e conseqüentes, por outro, há na gerência, “ *uma face de imprevisibilidade e de interação humana que lhe confere a dimensão do ilógico, do intuitivo, do emocional e espontâneo e do irracional* ” (MOTTA, 2003, p.26).

O trabalho com pouca integração na Rede Básica de Saúde foi considerado pelos enfermeiros como o segundo ponto de estrangulamento mais presente no trabalho gerencial, principalmente por parte dos gerentes lotados em Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família, Centros de Saúde e em alguns Distritos Sanitários. Consideram moroso o respaldo do nível central em atender às demandas em algumas situações que exigem posicionamentos e respostas mais rápidas.

Por outro lado, os enfermeiros que gerenciam ou coordenam em nível central sentem-se impossibilitados de apoiar os serviços com maior agilidade, pois, em algumas circunstâncias, o poder de tomada de decisão é limitado e muitas vezes depende de outros departamentos.

Entre os fatores evidenciados pelos enfermeiros para a desintegração no trabalho gerencial está a dificuldade de comunicação entre os vários níveis do sistema de saúde, fato este caracterizado, principalmente, pela duplicidade de informações, com conteúdos diferentes ou pela falta de informação, gerando insegurança e conflitos. Este fato também foi relatado no estudo de Kantorski et al (2006), que aponta as dificuldades de comunicação entre os distritos sanitários,

unidades de saúde da família, coordenadores e população, como um desafio que merece ser superado.

Outro aspecto que leva à pouca integração, é a baixa resolutividade e autonomia, uma vez que, na proposta de consolidação do SUS, há toda uma regulamentação no sentido de operacionalizar os serviços prestados, mas não há, ao mesmo tempo, a efetivação do processo de descentralização ao nível mais operacional, parecendo haver uma incoerência entre os propósitos de descentralizar as ações de saúde e a forma de organizar os serviços na Rede Básica de Saúde.

Essa forma de gestão hierarquizada e verticalizada cria dificuldades gerenciais, fragmentação do processo de trabalho, decorrente também da especialização crescente em quase todas as áreas. Para que ocorra de fato um trabalho integrado que contribua para aumentar o impacto das ações é importante não somente facilitar a comunicação entre as várias unidades de saúde, setores e níveis gerenciais, mas montar um sistema que produza um compartilhamento simultâneo de responsabilidades pelas ações sistemáticas. O papel de cada instância, de cada profissional, deve ficar bem claro. Alguém deve responsabilizar-se pela construção de uma lógica que procure integrar os vários serviços, departamentos e profissionais (CAMPOS e DOMITTI, 2007; CAMPOS et al, 2007).

Neste sentido, cabe aos enfermeiros uma ação gerencial que busque um trabalho de integração e articulação não apenas no processo de trabalho interno das unidades de saúde, mas com os demais níveis do sistema, bem como com as instituições de sua área de abrangência, tanto no nível administrativo, quanto no político e assistencial (MISHIMA, 1995).

Um outro ponto de estrangulamento considerado importante para alguns enfermeiros é a falta de um plano de carreiras, cargos e salários (PCCS) ou,

segundo outros, a sua execução. Constatamos essa dificuldade quando questionamos os enfermeiros gerentes a respeito da existência de um PCCS, 59,1% responderam não existir ou desconhecerem qualquer política neste sentido, enquanto 40,9% dos enfermeiros afirmaram que existe uma política de cargos e salários, porém muito incipiente. Estes informaram ainda que o conteúdo dessa proposta não é muito divulgado ou têm pouca informação sobre um PCCS a que estão submetidos.

A inexistência ou a inadequação/desatualização dos PCCS foi apontada pelos dirigentes de recursos humanos das Secretarias Estaduais como o mais sério problema para a gestão de recursos humanos nos Estados, além de contribuir para o surgimento de insatisfação entre os servidores públicos (BRASIL, 200b).

Há um consenso entre os secretários estaduais da necessidade de um PCCS que valorize a carreira e não se limite a ser apenas um plano de cargos e/ou um plano de salários, mas que tenha características como: serem atualizados, terem mobilidade, remunerações compostas de parte fixa e outra variável, privilegiando o esforço de formação, qualificação e a avaliação de desempenho. O documento das “Diretrizes Nacionais para a Instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do SUS” foi aprovado em novembro de 2006 e entregue ao Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2007a; Brasil 200b).

Esse documento tem por objetivo orientar a criação ou reforma de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito do SUS. Não pode ser confundido, portanto, com PCCS único do SUS, pois se trata de um documento orientador de propostas de elaboração de PCCS nas instituições do Sistema (BRASIL, 2007b).

No que diz respeito à autonomia financeira como um ponto de estrangulamento, a maioria dos enfermeiros responderam não ter nenhuma governabilidade nesse nível de participação. Percebemos que a falta de autonomia dos gerentes de serviços públicos de saúde vai muito além das questões financeiras, pois os profissionais de saúde com funções gerenciais possuem uma autonomia relativa para o desenvolvimento de ações gerenciais.

Por outro lado, no tocante à autonomia, o setor saúde avança, ao longo da última década, com políticas orientadas para a descentralização das ações e dos serviços, mas sua forma de gerenciar ainda esbarra em um modo herdado da administração clássica (ABRAHÃO et al, 2008).

Neste sentido, a área de gestão tem desafios de como superar o modelo tradicional, centrado em aspectos financeiros e de administração de material, para desenvolver possibilidades que considerem as especificidades, superem o reducionismo na atenção à saúde e desenvolvam práticas democráticas no gerenciamento dos serviços de saúde (ABRAHÃO et al, 2008).

Os enfermeiros gerentes lotados em nível central também evidenciaram que o grande número de reuniões locais e com o nível central pode ser considerado um ponto de estrangulamento, pois estão constantemente reunindo-se com diversas equipes de serviço da Rede Básica de Saúde e isso dificulta a continuidade das atividades programadas, tornando o trabalho moroso e às vezes interferindo na qualidade do cuidado com a equipe e usuários.

O último ponto de estrangulamento identificado no trabalho gerencial apontado pelos enfermeiros foi o atendimento aos usuários com uma demanda reprimida de especialidades, o que muitas vezes interrompe o tratamento e fere os princípios do SUS da integralidade e da equidade.

A Integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente, significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender a todas as suas necessidades (PINHEIRO e MATTOS, 2006) . A eqüidade é entendida como um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida (BRASIL, 2007a).

Quando a necessidade de saúde requer ações de níveis mais especializados, o sistema local de saúde mostra-se extremamente vulnerável, não conseguindo responder com qualidade, na maior parte das vezes, à necessidade do usuário, conforme relatam Kantorski et al (2006) em seu estudo.

Há evidências de que o volume de serviços oferecidos à população brasileira ainda é insuficiente. Por isso é necessário reconhecer que a demanda reprimida de especialidades também é insuficiente para atender com qualidade o usuário, o que se torna um fator dificultador para o gerenciamento dos serviços. Mas, de qualquer modo, esses recursos poderiam ter um uso mais adequado e racional, caso ocorressem reordenações no modelo de gestão e de atenção (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

5.3.3. As equipes de saúde dos serviços da Rede Básica de Saúde

O trabalho em equipe tem sido considerado como uma competência a ser articulada pelo trabalho gerencial dos profissionais de saúde, mas o crescimento de sua importância nos processos de trabalho em saúde justifica a necessidade do

desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes específicas para o trabalho em equipe (RUTHES e CUNHA, 2008).

Competência diz respeito ao conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA) interdependentes e necessárias à obtenção de determinado propósito, dentro de um contexto organizacional específico. O conhecimento corresponde a um conjunto de informações assimiladas e estruturadas pelo indivíduo que lhe permitem entender o mundo; a habilidade corresponde à capacidade de aplicar e fazer uso do conhecimento adquirido para um determinado propósito e a atitude diz respeito aos aspectos sociais e afetivos relacionados ao trabalho (DURAN, 1998; RUTHES e CUNHA, 2008).

Esses conhecimentos são importantes para os enfermeiros porque eles normalmente assumem a responsabilidade pelas equipes cujos serviços gerenciam, portanto, o desenvolvimento de competência no campo das relações humanas deve ser meta daqueles que pretendem ter uma atuação mais assertiva como gestores (WITT, 2005; MUNARI e BEZERRA, 2004; RUTHES e CUNHA, 2008).

Os resultados que encontramos sobre a composição das equipes de saúde em serviços gerenciados por enfermeiros apontam que temos equipes multiprofissionais, com profissionais de nível fundamental, médio e superior. Os profissionais de nível médio são técnicos e auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, auxiliares de contabilidade, técnicos em informática, recepcionistas e telefonistas. Os profissionais de nível fundamental costumam desenvolver atividades de limpeza e de vigilância/segurança dos serviços de saúde.

Os profissionais de nível superior que compõem as equipes são enfermeiros, médicos, odontólogos, farmacêuticos, assistentes sociais, psicólogos,

nutricionistas, biomédicos, fisioterapeutas e algumas equipes possuem administradores e advogados.

Dessa forma, os desafios para o gerenciamento tornam-se ainda maiores, pois o gerente terá que organizar e planejar o trabalho levando em conta a multiprofissionalidade, em vista da composição das equipes formadas por diversas categorias profissionais bem como por níveis de escolaridade diversos. As equipes são constituídas por uma gama de agentes, com diferentes níveis de capacitação em distintas atividades. Neste sentido, Campos (2000) ressalta que o trabalho em equipe envolve a integração da experiência pessoal, dos saberes específicos de cada profissão, das habilidades, do gosto e da vocação dos componentes do grupo.

Outra possibilidade de transformar a visão de equipe é buscar uma relação mais horizontalizada entre os agentes que atuam no trabalho em saúde, o que significa negociar e partilhar o seu poder e autonomia profissional, criando a possibilidade de partilhar conhecimentos e decisões (MISHIMA et al, 2000).

O campo da saúde pública é uma área de trabalho multiprofissional, onde a integração dos que nele atuam pressupõe uma cooperação entre os diversos setores. O enfrentamento do trabalho complexo da saúde exige cada vez mais que a integração das diferentes áreas de conhecimento extrapole os limites da equipe de saúde e, até mesmo, do setor saúde (WITT, 2005).

Assim, Campos e Domitti (2007) sugerem como uma possibilidade para otimizar o trabalho das equipes de saúde, entre outros arranjos, também o apoio matricial que pode ser relevante para racionalizar o acesso e o uso de recursos especializados, alternando-se a ordenação predominantemente multidisciplinar do sistema para uma outra mais apropriada com a interdisciplinaridade.

O apoio matricial permite o uso racional de recursos, quando cria oportunidades para que um único especialista integre organicamente seu trabalho com o de várias equipes de referência. Uma situação para exemplificar isso seria um fisioterapeuta assegurar apoio matricial a várias equipes especializadas em traumas e composta por cirurgiões, ortopedistas e enfermeiros, contribuindo tanto para a avaliação conjunta do estado clínico dos casos quanto para o controle de infecções pós-cirúrgicas ou de outras intercorrências clínicas (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Um outro aspecto a ser destacado no processo gerencial de equipes heterogêneas é a adequação de pessoal ao tipo de atividade desenvolvida. Conforme a Tabela 7, os resultados apontam que para 11 (25,0%) enfermeiros gerentes, o quadro de funcionários é suficiente para desenvolver o trabalho proposto naquele serviço. Para os demais 33 enfermeiros (75,0%), o quadro de funcionários é insuficiente. Sendo a equipe de saúde incompleta e, muitas vezes, sem perfil adequado para o trabalho na Atenção Básica, principalmente por demonstrar falta de envolvimento e interesse nas funções que desenvolvem, isso gera problemas de relacionamento interpessoal, insuficiência na qualidade da assistência à saúde e insatisfação do usuário.

Tabela 7 – Posicionamento dos enfermeiros gerentes sobre Equipes de Saúde nos serviços da Rede Básica de Saúde- Goiânia –GO, 2008.

Posicionamento dos Enfermeiros	Frequência (n=44)	%
Quadro de funcionários		
Suficiente	11	25,0
Insuficiente	33	75,0
Medidas para solução do quadro de funcionários insuficiente		
Encaminhamento de solicitação ao departamento de RH/ Processo seletivo / concurso ou contratação	38	86,4
Remanejamento de profissionais/ Redistribuição de funções e serviços	20	45,5
Capacitação da equipe de saúde		
Sim	37	84,1
Secretaria Municipal de Saúde	17	45,9
Gerência local	13	35,2
Ambos	7	18,9
Não existe	7	15,9
Capacitação para os gerentes		
Sim	16	36,4
Secretaria Municipal de Saúde	16	100,0
Não existe / Não sabe	28	63,6

Os desafios encontrados pelo enfermeiro gerente no cotidiano de seu trabalho, ao assumir a responsabilidade pela gerência na assistência à saúde e na gestão de pessoas, faz com que ele enfrente conflitos, dividido entre atender às necessidades e expectativas do grupo, da organização ou mesmo às suas próprias expectativas em relação à função gerencial. Isso pode desencadear sentimentos de insegurança e insatisfação profissional.

Os gerentes enfrentam outros desafios, como a falta de confiança que o ser humano tem em seu semelhante, dificuldade de dar e receber feedback, falta de empatia, tornando as relações superficiais, com resultados pouco positivos na convivência diária (MUNARI e BEZERRA, 2004).

Entretanto, o aperfeiçoamento da competência interpessoal dos enfermeiros gerentes pode facilitar as relações cotidianas no contexto institucional,

tornando suas atitudes mais profissionais e viabilizando a resolução de dificuldades. Desta forma, é possível obter maior interação, cooperação e produtividade nas equipes de trabalho, “ *onde todos respeitam a atuação do outro sem perder o foco, que neste caso é a satisfação do cliente e, a conseqüente melhoria do atendimento*” (MUNARI e BEZERRA, 2004, p.486).

Os enfermeiros gerentes procuram solucionar problemas advindos da falta de funcionários em suas equipes de trabalho, visto que este aspecto interfere negativamente na qualidade da assistência à saúde, bem como no relacionamento interpessoal. Para isso, a grande maioria dos gerentes 38 (86,4%) encaminha solicitação ao departamento de recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde para contratação de novos funcionários ou aguardam processo seletivo/concurso público para atender as necessidades do quadro insuficiente no serviço que gerenciam.

Enquanto aguardam o resultado da suas solicitações para o departamento de recursos humanos, outras medidas são tomadas simultaneamente, 20 (45,5%) enfermeiros segundo depõem, fazem remanejamento dos profissionais de um setor para o outro e/ou redistribuição de funções e serviços. Isso, muitas vezes gera sobrecarga de atividades, sem efetivamente resolver o problema, levando a conflitos entre as pessoas, mas são medidas consideradas necessárias na opinião dos gerentes, visto que são tomadas para causar o menor “dano” para à assistência (Tabela 7).

Algumas situações enfrentadas no trabalho gerencial do enfermeiro vão além da capacidade de resolverem de fato os problemas, por ter características da gestão pública de saúde que envolvem questões legais do serviço público, como processos de licitação e concursos públicos. Enfim, é necessário buscar meios de

negociação com sua equipe de trabalho, tentando envolvê-la de forma efetiva no planejamento e tomada de decisões, “*onde todos os membros da equipe sentem-se responsáveis pelo sucesso da equipe. Visualizam-se como parte integrante da organização*” (PEDUZZI e CIAMPONE, 2005, p.117).

Uma equipe torna-se mais coesa quando os seus membros empenham-se para manter relações de cooperação por meio do estabelecimento de objetivos compartilhados, comunicação aberta, reconhecimento e apoio recíprocos. Porém o trabalho em equipe não é necessariamente harmonioso, sem conflitos ou atritos entre as pessoas, onde todos se dão bem (PEDUZZI e CIAMPONE, 2005).

Outro aspecto que abordamos neste estudo para melhor caracterizar as equipes de saúde que compõem os serviços gerenciados pelos enfermeiros foi a capacitação desenvolvida nestes serviços tanto com as equipes de saúde, como com os enfermeiros gerentes do serviço de saúde.

Quanto à capacitação, 37 (84,1%) enfermeiros confirmaram existir capacitação para sua equipe. Dentro desse grupo, 17 enfermeiros (45,9%) referem que a Secretaria Municipal de Saúde promove a capacitação; para 13 (35,2%) enfermeiros, a gerência local promove a capacitação e sete (18,9%) enfermeiros afirmam ser tanto a gerência local quanto a Secretaria Municipal de Saúde quem promove oportunidades de capacitação. Mas, em outra situação, sete (15,9%) enfermeiros afirmam que não realizam capacitação com sua equipe de saúde, e que a capacitação organizada pela Secretaria Municipal de Saúde resume-se a situações esporádicas e não como propostas sistematizadas.

Em relação à capacitação de sua equipe, parece não haver uma proposta sistematizada para a educação permanente em saúde, se considerarmos que esta se caracteriza por aprendizagem no trabalho onde se configuram as necessidades e

demandas educativas, vinculando o conhecimento com problemas reais por meio da pedagogia de problematização (BRASIL, 2007a).

Entre os princípios e diretrizes da educação permanente para o processo do trabalho no SUS, presentes na NOB/RH/SUS-2005, encontramos que os programas institucionais de educação permanente deverão assegurar a formação e a capacitação dos trabalhadores em saúde para que se desenvolvam na carreira e atuem de forma a propiciar um atendimento de qualidade para o usuário, proporcionando a elevação da auto-estima dos próprios trabalhadores (BRASIL, 2005 a).

Se observarmos os princípios e diretrizes da educação permanente e o resultado de nosso estudo, no que diz respeito à capacitação e/ou educação permanente para os gerentes do serviço em saúde, em que 28 (63,6%) enfermeiros dizem não ter proposta de capacitação ou desconhecem a existência de educação permanente, parece não haver uma sistematização direcionada para a formação e/ou capacitação dos gerentes no sentido de melhorar o desenvolvimento da função gerencial nos serviços de saúde.

Esse dado, se comparado aos apresentados na Tabela 4 (p.113) que questionava a avaliação do enfermeiro gerente quanto ao seu conhecimento e a ação gerencial, indicam a urgência do planejamento e implantação de projetos que auxiliem na formação/capacitação dos enfermeiros para o processo gerencial.

Apesar de 16 (36,4%) enfermeiros afirmarem terem sido disponibilizadas propostas de capacitação pela Secretaria Municipal de Saúde, eles também afirmam que elas não tiveram continuidade.

Assim, observamos que há um desencontro no posicionamento dos enfermeiros gerentes no que se refere à proposta de capacitação, já que todos

atuam na Rede Básica de Saúde e a princípio deveriam ter acesso às informações e ter as mesmas oportunidades de formação e participação dos programas de educação permanente. Estas atividades devem garantir educação para a gestão do trabalho em saúde, incluindo o desenvolvimento do trabalhador, a administração de pessoal, a utilização de fontes de informações, bem como a gestão dos planos de carreira, cargos e salários (BRASIL, 2005a).

Mesmo levando em conta possíveis imprecisões do instrumento de coleta, chama muito a atenção que não existe, conforme o posicionamento dos enfermeiros, propostas sistematizadas de educação permanente, sendo necessário que a gestão do nível central reveja a possibilidade de efetivar uma proposta de educação permanente como uma atividade prioritária na gestão de saúde do município de Goiânia, atendendo ao que é preconizado pela NOB/RH/SUS-2005 e pela Portaria nº 1996/GM/2007.

Lembramos mais uma vez que estamos em plena Década de Recursos Humanos em Saúde e tal determinação se deve à necessidade de enfrentar os desafios em relação ao desenvolvimento desses recursos na região das Américas. Dentre as orientações estratégicas, foram incluídos temas referentes à formação e capacitação das pessoas (MENDES, MARZIALE; 2006).

Com a descentralização dos serviços de saúde, devemos estar atentos para o perfil da equipe de saúde, principalmente para aqueles que atuam na Rede Básica de Saúde, pois a implantação de novas modalidades de assistência e gerenciamento exige posturas e condutas diferenciadas, prescritas pela característica de sua atuação sob vários aspectos, no que diz respeito à educação permanente, à composição das equipes, à gestão de pessoas, à política de cargos e salários, de modo que a assistência com qualidade seja oferecida de forma integral.

5.4. Características gerenciais para o desenvolvimento do trabalho na Rede Básica de Saúde na perspectiva dos enfermeiros

Antes de apresentar as características gerenciais consideradas necessárias para o desenvolvimento desta função nos serviços da Rede Básica de Saúde sob a perspectiva dos enfermeiros gerentes, optamos por rever alguns conceitos apontados no capítulo 2 deste estudo, que ajudaram a fundamentar a análise sobre os aspectos da formação do enfermeiro para assumir as funções gerenciais dos serviços de saúde, neste caso, a Rede Básica de Saúde.

No que se refere ao aprendizado sobre a gerência, ele deve ser construído não só nos conhecimentos sistematizados pela educação formal, mas deve incorporar também ensinamentos produzidos pela experiência individual no cotidiano do trabalho. Entretanto, o crescimento, desenvolvimento e complexidade dos serviços de saúde tanto público, quanto privado, já não comportam dirigentes cuja ação se baseia exclusivamente do bom senso e em experiências passadas. Torna-se necessário desenvolver a capacidade gerencial para responder a novas demandas dos serviços (MOTTA, 2003; MERHY, 1999; PAIM e TEIXEIRA, 2006; CAMPOS e DOMITTI, 2007; CAMPOS et al, 2007).

Como se vê na Tabela 8, relativa às características necessárias para o exercício da gerência com segurança, 45,4% dos enfermeiros da Rede Básica destacam que um gerente deve possuir solidez no conhecimento técnico-científico, mas, principalmente, ter conhecimento específico de gestão e de legislação do SUS.

Tabela 8 - Distribuição das características necessárias para função gerencial dos enfermeiros nos serviços da Rede Básica de Saúde do Município de Goiânia-GO, 2008.

Características que o profissional que trabalha na gerência de serviços de saúde da Rede Básica de Saúde deve ter	Frequência	%
Conhecimento de gestão e da legislação do SUS, técnico e científico	20	45,4
Flexibilidade	13	29,5
Saber trabalhar em equipe	12	27,2
Comprometimento ético e responsabilidade	12	27,2
Ser um bom comunicador	11	25,0
Liderança	10	22,7
Iniciativa / Criatividade	8	18,1
Saber ouvir	7	15,9
Disponibilidade	5	11,3
Proativo	4	9,1
Paciência e tolerância	4	9,1
Humildade	4	9,1
Autonomia	3	6,8
Organização	3	6,8
Segurança	3	6,8
Solidariedade	2	4,5
Ser um educador	2	4,5
Senso crítico	2	4,5
Autoridade	2	4,5

Compartilhamos com esse posicionamento dos enfermeiros que estão gerenciando unidades de serviço público de saúde, pois o SUS cresce em cobertura assistencial, aumentando a sua complexidade e configurando-se como em um grande nicho de mercado para produtores de bens e insumos, prestadores de serviços e profissionais da saúde (PIERANTONI et al, 2006).

Assim como em nosso estudo, Peres (2006) sinalizam que o perfil do gerente almejado pelas organizações contemporâneas demanda um profissional com conhecimento sistematizado e atualizado sobre gestão e que desenvolva habilidade e competências para detectar, analisar e propor alternativas aos problemas organizacionais.

Entendemos que a atividade gerencial é uma ação intencional voltada para a obtenção de objetivos, buscando a articulação e a integração, sendo

determinada e determinante no processo de organização dos serviços de saúde e fundamental para a efetivação de políticas sociais, em específico as de saúde (MISHIMA et al; 2000; MISHIMA, 2003).

Outras características apontadas pelos entrevistados (Tabela 8) foram a “flexibilidade” (29,5%) e “saber trabalhar em equipe” (27,2%). A discussão das duas características simultaneamente é oportuna, pois entendemos que a flexibilidade é uma habilidade fundamental para que o gerente seja um bom negociador nas relações com a equipe e/ou com a comunidade e usuários, assim como com outros serviços da Rede de Saúde.

Como a atividade gerencial tem um caráter de imprevisibilidade, de relacionamento e intervenção humana, que caminha ao lado da racionalidade instrumental, podemos considerá-la repleta de dualidades, exigindo do gerente que tome decisões conforme as demandas, muitas vezes com informações incompletas (MOTTA, 2003).

Mishima (1995) ressalta que, em certa medida, estas questões estão presentes nos discursos dos gerentes que participaram de sua pesquisa e que trazem a necessidade de se ter muito “jogo de cintura” para o desenvolvimento da atividade gerencial.

O comprometimento ético e a responsabilidade são características que 27,2% dos enfermeiros consideram necessárias para o bom desempenho do trabalho gerencial (Tabela 8). Está previsto, no Artigo 5º das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Enfermagem, como sendo de responsabilidade da formação do enfermeiro instrumentalizar o profissional com conhecimentos para o exercício de competências e habilidades e, entre elas, gerenciar o trabalho, com princípios de Ética e de Bioética, com resolutividade tanto

em nível individual como coletivo, em todos os âmbitos de atuação profissional (BRASIL, 2001a).

A necessidade da competência ética no contexto das relações no processo de trabalho do enfermeiro, prevista na DCNs e apontada como característica importante pelos enfermeiros para o desenvolvimento do trabalho gerencial, consta também dos Códigos de Ética do Conselho Federal de Enfermagem e do Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE, 2003).

A regulamentação nacional prevê que o enfermeiro deve manter o sigilo e a confidencialidade das informações em razão de sua atividade profissional, exceto nos casos previstos em Lei. O Conselho Internacional de Enfermeiros estabelece como uma competência da sua prática ética assegurar sigilo e segurança da informação escrita e verbal adquirida em situação profissional (CIE, 2003).

Os enfermeiros pesquisados consideraram uma importante característica para o gerenciamento ser um bom comunicador (25,0%), aspecto que concordamos ser de fundamental importância para o desempenho de grande parte do seu trabalho gerencial.

A comunicação apresenta-se ligada a processos gerenciais e apresenta interface no exercício da liderança, pressupondo um processo de comunicação eficiente para a obtenção dos objetivos da equipe de saúde (SPAGNUOLO e PEREIRA, 2007).

A dificuldade para desenvolver a competência da comunicação do enfermeiro e de relacionar-se com o paciente, equipe multidisciplinar, foi apontada pelos enfermeiros no estudo de Peres (2006) como lacunas da formação que interfere em seu trabalho gerencial.

A comunicação é tida como uma competência geral, devendo os profissionais ser acessíveis e manter interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação pode dar-se por meios verbais e não-verbais ou pela habilidade de escrita e leitura, o domínio de tecnologias de comunicação e informação, deve ser objeto da formação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2001a).

A ação comunicativa, apontada por Mishima et al (1997), diz respeito ao caráter de negociação presente nas relações interpessoais, com a equipe de saúde, instituição, grupos de trabalho de vários setores e comunidade.

Portanto, o processo de comunicação faz parte do cotidiano na função gerencial, apontado por estudos que os administradores passam cerca de 80% do dia de trabalho em comunicação direta com outras pessoas, o que representa 48 minutos/hora utilizados em reuniões, conversas com usuários, ao telefone ou falando informalmente. Os outros 20% do tempo são gastos em trabalhos escritos. Esses dados indicam que em torno de 90% dos problemas das organizações estão relacionadas a comunicação imprópria, causadora de grande parte dos conflitos internos, sabotagens de decisões, de ações e o alcance das metas organizacionais e individuais. Portanto, a comunicação é essencial para o exercício da influência, para coordenação das atividades em grupo (SILVA, 2007; TREVIZAN, et al, 1998).

A liderança foi apontada por dez (22,7%) enfermeiros como uma das características para o desenvolvimento da função gerencial, o que podemos observar na Tabela 8. Para Gaidzinski et al (2004), a relação entre liderança e gerência é de grande importância e, nos serviços de saúde, normalmente são valorizadas as qualidades administrativas em detrimento das habilidades de liderança, que são exigidas cada vez mais com a mudança de paradigmas nas

organizações. Os autores destacam que o desenvolvimento do potencial para a liderança não acontece em um curso a curto prazo ou em curso de graduação, embora possa ajudar a desencadear o processo, mas pela complexidade exige educação permanente.

Neste sentido, os papéis de gerência e liderança devem ser pensados numa lógica de complementaridade, preparando os enfermeiros para exercerem ambos os papéis, com autonomia profissional e estabelecendo articulação entre a formação e os serviços de saúde (OLIVEIRA et al, 2004).

Outro aspecto a ser pensado sobre a liderança é que ela deve utilizar-se de influência simbólica, e não coercitiva, para dirigir e coordenar as atividades da equipe de saúde. Assim, sob esta última perspectiva, o líder torna-se um facilitador dos processos gerenciais (ALVES, 2007).

Lembramos, ainda, que a liderança é uma das competências da formação do enfermeiro, prevista nas DCNs, como um conhecimento necessário para o exercício da profissão, principalmente no que se refere ao gerenciamento e no trabalho em equipe multiprofissional, onde está estabelecido que os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança requer compromisso, responsabilidade, empatia, ser capaz de tomar decisões para o gerenciamento de forma efetiva e eficaz (BRASIL, 2001a).

Identificamos em nossos resultados outras características indicadas pelos enfermeiros como necessárias para o desempenho do trabalho gerencial, como a iniciativa/criatividade, saber ouvir, disponibilidade, proatividade, paciência/tolerância, humildade, autonomia, organização, segurança, solidariedade, ser um educador, senso crítico, autoridade (Tabela 8).

Essas características e competências são apontadas e reforçadas atualmente como imprescindíveis na formação dos vários profissionais da saúde, principalmente dos enfermeiros, que têm de forma significativa ocupado cargos de coordenação, de gerência e de gestor na área da saúde. Vários estudos apontam a necessidade de o ensino estreitar as relações com o mercado de trabalho no sentido de ampliar a valorização das competências gerenciais do enfermeiro (MUNARI et al, 2003; MUNARI e BEZERRA 2004; MUNARI et al, 2005; PERES, 2006; ANDRÉ, 2006; MUNARI et al, 2006; VANDERLEI e ALMEIDA, 2007; MEIRA, 2007; KAWATA, 2007; MUNARI et al, 2008).

De fato, são muitas as características apontadas pelos enfermeiros como necessárias para sua prática gerencial nos serviços públicos de saúde. Desenvolvê-las é um grande desafio para as instituições formadoras, como para os serviços na perspectiva da educação permanente, norteados pelas políticas públicas de saúde e de educação, mas com o envolvimento de todos os atores, como os docentes, enfermeiros de serviços, gestores de saúde e, principalmente, dos sujeitos envolvidos no processo de ensino-aprendizagem para que isso se torne uma proposta factível de parceria entre ensino e serviço.

Conclusões

6 – CONCLUSÕES

A trajetória percorrida neste estudo para a construção de um diagnóstico situacional do processo gerencial desenvolvido pelos enfermeiros nos serviços públicos de saúde, mais especificamente na Rede Básica de Goiânia, foi explicitando-se à medida que caminhávamos na pesquisa. As certezas que tínhamos no início de nosso estudo tornaram-se dúvidas e questionamentos, mas as dificuldades surgidas no desenvolvimento desta pesquisa não significaram obstáculos, mas sim argumentos e subsídios para a tomada de decisões, pois, na tentativa de superá-los, é que avançamos em nosso processo de estudo sobre o processo gerencial do trabalho do enfermeiro na saúde.

Ver além do projeto de pesquisa, com o intuito de atingir os objetivos propostos, exigiu constantes reflexões com a mobilização de recursos necessários e o cuidado de saber quando e como usá-los a favor de nosso estudo, ou momentos de não utilizar os recursos, conceitos e conhecimentos anteriormente construídos, para buscar novos conhecimentos.

Tendo em vista que o objetivo geral da pesquisa foi diagnosticar elementos do processo gerencial desenvolvido pelos enfermeiros na Rede Básica de Saúde no município de Goiânia, acreditamos que seja possível, a partir dos resultados deste estudo, estreitar nossa parceria com os enfermeiros dos serviços, já que os nossos resultados apontam aspectos que fortalecem e tornam mais visíveis as ações desses profissionais, ao mesmo tempo em que mostram as fragilidades do processo gerencial na Rede Básica de Saúde.

Verificamos que a maior parte do grupo dos enfermeiros gerentes que participaram desta pesquisa já estão graduados há mais de oito anos, com

experiências acumuladas da prática, mas não satisfeitos com os conhecimentos para o desempenho do processo gerencial. Eles mostraram-se muito interessados e disponíveis para novos conhecimentos, mais especificamente na área de gestão e gerência dos serviços de saúde, bem como demonstraram a necessidade de capacitação para as equipes de saúde que gerenciam.

Nesse sentido, acreditamos ser possível buscar em conjunto formas de avançar na construção de um projeto de educação permanente que sirva de apoio para o aprimoramento do papel gerencial do enfermeiro, na formação de recursos humanos para a saúde, na produção do conhecimento e na prestação de serviços, direcionado à consecução dos princípios do SUS e ao fortalecimento do sistema de atendimento à saúde da população.

Os enfermeiros gerentes apontam para diversos pontos de estrangulamento no desenvolvimento do processo gerencial. Apesar dos discursos democráticos e de descentralização, observamos que a disciplina e o controle continuam sendo eixo central dos métodos de gestão, tendo em vista que há uma centralização do poder no processo gerencial nas unidades de saúde, nos vários níveis da Rede Básica de Saúde.

Percebemos que o processo gerencial desenvolvido pelos enfermeiros ainda é realizado como uma ação individual não compartilhada, utilizando pouco ou de forma inadequada algumas tecnologias que poderiam otimizar tempo e energia, como os sistemas de informações. Essas dificuldades, associadas a uma relação de poder instituído entre gerentes de níveis hierárquicos diferentes, em que formas de controle superam a flexibilização, a integração e a autonomia dos trabalhadores, levou-nos a uma reflexão sobre o estilo gerencial e constatamos que está

prevalecendo o pensamento baseado na administração clássica e que seus princípios gerais não foram superados em muitos aspectos.

Dentre as atividades e tecnologias consideradas de maior importância para o desenvolvimento do processo gerencial, são valorizadas as ações de integração e bom relacionamento com a equipe de saúde, com os departamentos da Rede Básica, com os usuários e a comunidade. Para que o enfermeiro possa desempenhar em sua função gerencial um papel de articulador das relações entre os profissionais que compõem as equipes de saúde e desenvolver projetos assistenciais coerentes com as necessidades de saúde da população, será necessário buscar cada vez mais novas tecnologias em sua prática gerencial, que vislumbrem relações mais horizontalizadas e simétricas com os vários segmentos do serviços público de saúde, bem como com a equipe, usuários e comunidade.

Vale destacar que o SUS constitui um grande mercado de trabalho para os enfermeiros, tanto nos serviços públicos quanto nos contratados, devendo representar um novo padrão de prática e demandar reorientação da formação desses profissionais, pautada principalmente no desenvolvimento de novos conhecimentos para o processo gerencial de serviços na Rede Básica de Saúde, considerando que o município de Goiânia está habilitado como gestão plena do sistema municipal.

Lembramos, ainda, que a expansão da Estratégia de Saúde da Família na Rede Básica de Saúde em Goiânia tem sido vista como parte da organização do Serviço de Saúde, inserida na Política Nacional de Atenção Básica à Saúde, sendo considerada como porta de entrada no sistema de saúde. Essa proposta tem o compromisso de atender à grande demanda de cuidados de baixa densidade tecnológica, porém não menos complexos, preferencialmente em uma lógica de

organização dos serviços construída a partir de redes de saúde horizontalizadas, e não mais verticalizadas.

Assim, a formação do enfermeiro, além do aspecto relacional, deve levar em conta as dimensões comunicativa, ética, política, bem como o desenvolvimento da cidadania. Cumpre Instrumentalizar os profissionais para a abordagem dos determinantes da saúde e da doença da população, na comunidade em todos os níveis do sistema de saúde, respeitando as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem aprovadas pelo Ministério da Educação em outubro de 2001.

Desta forma, o desenvolvimento deste estudo, ancorado também nos pressupostos das Diretrizes Curriculares Nacionais, no Curso de Graduação em Enfermagem e no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRO-SAÚDE, possibilita-nos pensar em propostas sobre o processo de formação do enfermeiro para o desempenho de uma ação gerencial mais integrada às necessidades que as políticas de saúde colocam como prioridades. O fato de focarmos nas Diretrizes Curriculares e no PRO-SAÚDE se justificam pela perspectiva de integrar as Instituições de Ensino Superior ao Serviço Público de Saúde para que se dêem respostas concretas às necessidades da população.

Para os enfermeiros inseridos no mercado de trabalho, na Atenção Básica, na Estratégia Saúde da Família ou em outro nível de Atenção à Saúde, temos como legislação a Portaria nº 1996/GM, de 20 de agosto de 2007, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores, estruturada a partir da problematização do seu processo de trabalho.

Percebemos, no entanto, que na Rede Básica de Saúde em Goiânia faz-se necessária uma proposta sistematizada de educação permanente, direcionada às equipes de saúde e aos profissionais com cargos gerenciais, já que atualmente há uma valorização da gestão de pessoas como os ativos organizacionais mais importantes. Foi nesta perspectiva que a VII Reunião dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde determinou que o período de 2006-2015 se constituiria em “Uma Década de Recursos Humanos em Saúde”.

Ainda, do ponto de vista da valorização das pessoas e de desprecarização dos vínculos de trabalho, há um movimento entre os secretários estaduais sobre a necessidade de um Plano de Carreira, Cargos e Salários no âmbito do SUS que valorize a carreira e não se limite a ser apenas um plano de cargos e/ou um plano de salários. Este é, sem dúvida, um aspecto importante para a manutenção e a satisfação dos profissionais de saúde nos serviços da Rede Básica, já que isso foi apontado pelos enfermeiros gerentes como uma fragilidade na gestão municipal. Este é também um fator que contribui na superação de um desafio para SUS, que é garantir a distribuição equitativa e adequada das pessoas no Sistema de Saúde, tentando prevenir e controlar a migração desnecessária de profissionais da saúde.

Concluimos que os resultados deste estudo contemplaram de forma satisfatória mais um objetivo, o de identificar as características necessárias para o desenvolvimento do trabalho gerencial na Rede Básica de Saúde em Goiânia na perspectiva dos enfermeiros, que apontaram como prioritário o conhecimento técnico e científico sobre gestão e legislação do SUS, mas destacaram também a importância de questões éticas, de comunicação, liderança, flexibilidade e do trabalho em equipe, entre outras.

A contribuição dos enfermeiros dos serviços públicos de saúde com experiência em gerenciamento foi de grande significado para repensarmos a formação desse profissional em nível de graduação e subsidiarmos os docentes da área de Saúde Pública dos Cursos de Enfermagem para um enfoque que privilegie a gestão pública nos serviços de saúde.

Ao finalizarmos a investigação, o grupo de enfermeiros gerentes e a direção da Rede Básica de Saúde mostraram-se bastante interessados nos resultados deste estudo, como forma de dar visibilidade ao processo gerencial desenvolvido pelos enfermeiros, assim como nortear novas propostas de trabalho que considerem as expectativas e necessidades das equipes de saúde, dos gerentes como parte destas equipes, bem como da comunidade e usuários.

Ao concluirmos este estudo, temos a convicção de que a metodologia utilizada foi coerente para atender a nossos objetivos em concordância com o referencial teórico adotado, considerando a grandeza e a complexidade da temática e a dinâmica apresentada pelo grupo pesquisado.

Como docente da Faculdade de Enfermagem na Universidade Federal de Goiás e responsável por este estudo, acreditamos que o processo de formação e capacitação deve buscar integrar a educação e os serviços de saúde. Acreditamos ainda que a formação e qualificação adequada tenha potencial de integrar um conjunto de estratégias para uma política de formação dos trabalhadores do SUS, de forma a atuarem na transformação das práticas de saúde.

Na coordenação de disciplinas na área de saúde coletiva, com enfoque para a gerência de serviços públicos da Rede Básica de Saúde, que fazem parte das atividades que desenvolvemos como docente da referida faculdade, pretendemos a partir deste estudo construir propostas que possam integrar ainda

mais ensino e serviço, a exemplo do projeto Pró-Saúde, que já desenvolvemos em parceria, Faculdade de Enfermagem e Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, para a realização de atividades de ensino, pesquisa e extensão.

Referências

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, AL; MARTINS, CM; GEISLER, A. O sujeito na literatura acadêmica sobre gestão em saúde: notas para a questão da autonomia. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.13, n.1, p.247-57, 2008.

AGUIAR, ABA; COSTA, RSB; WEIRICH, CF; BEZERRA, ALQ. Gerência dos serviços de enfermagem: Um estudo bibliográfico. **Rev eletrônica de enferm**, v. 07, n. 3, 2005.

ALMEIDA, ES; CHIORO, A; ZIONI, F. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, MF; ALMEIDA, ES. (Orgs). **Gestão de Serviços de Saúde: descentralização, municipalização do SUS**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

ALMEIDA, LPG; FERRAZ, CA. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v.61, n.1, p.31-5, 2008.

ALVES, LAAR. Perfil gerencial do enfermeiro para atuar na atenção primária à saúde. In: SANTOS, AS; MIRANDA, SMRC (Orgs). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri, SP: Manole, 2007, 436p.

ANDRÉ, AM. **Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: Percepção do Gestor**. 2006. 163p. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**. V. 1. São Paulo: Ateneu, 2002.

BATISTA, SRR; MARTINEZ, RC. Articulação entre formação universitária e os serviços de saúde: a experiência do município de Goiânia. **Secretaria Municipal de Saúde**, Goiânia, 2007.

BERTUSSI, DC; ALMEIDA, MJ. A influência de um projeto de intervenção no campo de recursos humanos em saúde: Projeto Gerus. In: Brasil. Ministério da Saúde.

Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises/org. André Falcão et al. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003.

BEZERRA, ALQ. **O contexto da educação continuada em enfermagem na visão dos gerentes de enfermagem e enfermeiros de educação continuada.** São Paulo, 2000, 174p. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

BRASIL, Conselho Nacional de Educação. **Parecer do CNE/CES n.1133 de 7 de agosto de 2001.** Brasília (DF); 2001a.

_____. Ministério da Saúde. **Oferta de qualificação é necessária para melhorar a atenção à saúde.** Formação, Ministério da Saúde, Brasília, n.1, p.7-12, 2001b.

_____. **12ª Conferência Nacional de Saúde:** Conferência Sergio Arouca. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2004.

_____. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS – NOB/RH-SUS.** Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 3ed. Brasília, 2005a.

_____. Ministério da Saúde, Ministério da Educação, **Pró-Saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde.** Brasília; 2005b.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica.** Brasília, v.4, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Brasília, CONASS, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. **Gestão do Trabalho na Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Brasília. CONASS, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Brasília : CONASS, 2007c.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde** – Brasília: Ministério da Saúde, 2007d

_____. Ministério da Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde** – Brasília: CONASS, 2007e.

CAMPOS, GWS. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em Instituições** – o método da roda. São Paulo: HUCITEC, 2000, 236 p.

CAMPOS, GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modelos de gerenciar o trabalho em equipe de saúde. In: MERHY, EE; ONOCKO, R. (orgs). **Agir em Saúde um desafio para o público**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2002, 385 p.

CAMPOS, GWS; MINAYO, MCS; AKERMAN, M; JÚNIOR, MD; CARVALHO, YM (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**, 2ª reimpressão. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007, 871 p.

CAMPOS, GWS; DOMITTI, AC. Apoio matricial e equipes de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n.2, p.399-407, 2007.

CAPES. 2008. **Mestrado profissional, mestrado acadêmico e doutorado**. Portaria 80/1998. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/servico/legislacao/portaria.html>
Acesso: abril de 2008.

CARVALHO, GI; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde – Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90)**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1995.

CARRIJO, CIS; BEZERRA, ALQ; MUNARI, DB; MEDEIROS M. A empregabilidade de egressos de um curso de graduação em enfermagem. **Rev de Enfermagem. UERJ**, vol. 15, n.3, p.356-363, 2007.

CIAMPONE, MHT; KURCGANT, P. O ensino de administração em enfermagem no Brasil: o processo de construção de competências gerenciais. **Rev Bras de Enf.** vol. 57, n.4, p.401-7, 2004.

CIOSAK, SI. **Avaliação do desempenho e o aprimoramento de enfermeiros: expectativas do avaliador e do avaliado.** São Paulo, 1994, Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

CONASS. **Para entender a gestão do SUS.** Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br> Acesso em: ago. 2007.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, mar. 17-21, 1986, Brasília. Anais da 8ª **Conferência Nacional de Saúde.** Relatório. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS (CIE). ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurse. Geneva: **Conselho Internacional de Enfermeiras**, 2003.

CORDEIRO, HO Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. **Physis**, [periódico on-line], n. 14, v. 2, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/>. Acesso em: ago. 2007.

CORNETTA, VK; PEREIRA, IMTB; LEFÉVRE, AMC. Política de recursos humanos. In: WESTPHAL, MF; ALMEIDA, ES. (Orgs). **Gestão de Serviços de Saúde: descentralização, municipalização do SUS.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

CRUZ, ACFV; HENRIQUES, MGP. A gestão de suprimentos nos centros públicos de saúde da Prefeitura Municipal de Salvador. **Revista de Administração UNIME.** 2005. Disponível: <http://www.observatorio.nesc.ufrn.br> Acesso em 17 de março 2008.

DEMO, P. **Metodologia da investigação em educação.** Curitiba, IBPEX, 2005.

DURAN, T. Forms of incompetence. In: 4th **Internacional Conference on Competence-Based Management**. Oslo (NW): Waikato Management School; 1998.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, DR.; EDLER, FC. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, NT.; GERSCHMAN, S.; EDLER, FC.; SUÁREZ, JM. (orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

ESCRIVÃO, JRA. **Uso de indicadores de saúde na gestão de hospitais públicos da rede metropolitana de São Paulo**. Relatório de pesquisa. São Paulo: Fundação Getulio Vargas. Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2004.

FELLI, VEA; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. (coord.) **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 01-13.

FILHO, CB. **História da saúde pública no Brasil**. 4^a ed. São Paulo: Ática, 2003.

FIOCRUZ. **Gestão de saúde**: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde: programa de educação à distância.- Rio de Janeiro: FIOCRUZ; Brasília: UnB, 1998.

FORMIGA, JMM. **Virando a página: trajetos de uma prática acadêmica em administração**. Natal, 2000, 116p. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

FORTUNA, CM. **O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades e em busca do desejo, do devir e de singularidades**. Ribeirão Preto, 1999, 236p. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1999.

FRANCO, TB. Fluxograma descritores e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: O caso de Luz (MG). In: MERHY, EE; JÚNIOR, HMM; RIMOLI, J; FRANCO, TB; BUENO, WS. (orgs) **O trabalho em saúde olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3^a ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

FREITAS, GF; FUGULIN, FMT, FERNANDES, MFP. A regulação das relações de trabalho e o gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Rev. Esc Enferm - Usp**, V. 40, n. 03, p.434-8, 2006.

GAIDZINSKI, RR; PERES, HHC; FERNANDES, MFP. Liderança: aprendizado cotidiano no gerenciamento em enfermagem. **Rev. Bras. Enf**, v.57, n. 4, p. 464-6, 2004.

GARAY, A.; SHEFFER, B. **Reestruturação produtiva e desafios de qualificação: Algumas considerações críticas**. Disponível em <http://read.adm.ufrgs.br> Acesso ago.2007.

GIL, CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.6, p. 1171-81, 2006.

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

GOIÂNIA 2006a, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Departamento de Rede Básica, Documento técnico: **Diretrizes da Secretaria Municipal de Goiânia para o trabalho das equipes de Saúde da Família**. Goiânia, 2006.

GOIÂNIA 2006b, Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório das Unidades de Saúde que compõe a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia**. Departamento de Gestão da Atenção à Saúde. 2006: 12p.

IBGE, 2000. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2000**. Acessado em:<http://www.ibge.gov.br/home/disseminacao/online/outroslinks/default.php> 2007, 10 de outubro.

IBGE, 2007. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censos Demográficos e Contagem Populacional, para os anos intercensitários e estimativas preliminares dos totais populacionais**. Acessado em: <http://www.ibge.gov.br> 2007, 14 de novembro.

IYDA, M. **Cem anos de saúde pública: a cidadania negada**. São Paulo: UNESP, 1994.

JORGE, MSB; FREITAS, CHA; NOBREGA, MFB; QUEIROZ, MVO. Gerenciamento em enfermagem: um olhar crítico sobre o conhecimento produzido em periódicos brasileiros (2000-2004). **Rev Bras Enf**, v. 60, n.1, p. 81-6, 2007.

JUNQUEIRA, LP. A descentralização e a reforma do aparato estatal em saúde. In: CANESQUI, AM. (org). **Ciências sociais e saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1997.

KANTORSKI, LP; JARDIM, VMR; COIMBRA, VCC; OLIVEIRA, MM, HECK, RM. Integralidade da atenção à saúde na perspectiva da gestão no município. **Texto Contexto**, v.15, n.3, p. 434-41, 2006.

KAWATA, LS. **Os atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família – uma aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial**. 2007. 137p. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

LIMA, NT; FONSECA, CMO.; HOCHMAN, GA saúde na construção do estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, NT GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, JM. (Orgs). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LoBIONDO-WOOD, G.; HABER J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2001.

MACHADO, MH. Gestão do trabalho em saúde no contexto de mudanças. **RAP**. v.34, n. 4, p.133-146, 2000.

MARCONI, MA; LAKATOS, EM. **Técnicas de pesquisa**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MEDICI, AC; SILVA, PLB. Administração Flexível: uma introdução às novas filosofias de gestão. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v.27, n.3, p.26-36, 1993.

- MEIRA, MDD. **Avaliação da formação do enfermeiro: percepção de egressos de um Curso de Graduação em Enfermagem**. 2007. 138p. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- MENDES, EV. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema Único de Saúde**. 4ª ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999.
- MENDES, EV. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- MENDES, IAC; MARZIALE, MHP. Década de Recursos Humanos em Saúde: 2006-2015. **Rev Latino-Am.Enfermagem**. v.14, n.1, p. 1-2, 2006.
- MERHY, EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafios permanentes de algumas estratégias gerenciais. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p.305-14, 1999.
- MERHY, EE; FRANCO, TB. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde em Debate**, v.7, n.65, p.316-323, 2003.
- MERHY, EE. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002. 189p.
- MERHY, EE; ONOKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2002. 385p.
- MERHY, EE; JUNIOR, HMM; RIMOLI, J; FRANCO, TB; BUENO, WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 296p.
- MINAMISAVA, RF; ANDRAUS, LM; ROSSO, CFW; BARBOSA, MA. Situação vacinal das crianças do Estado de Goiás. **Rev eletrônica de enferm FEN/UFG – Goiânia/GO**, v. 01, n. 1, 1999.

MISHIMA, SM. **Constituição do gerenciamento local na Rede Básica de Saúde em Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto, 1995, 355p. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1995.

MISHIMA, SM; VILLA TCS; SILVA EM; GOMES ELR, ANSEMI ML; PINTO IC. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: ALMEIDA, MCP; ROCHA, SMM (orgs). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997, p.251-96.

MISHIMA, SM; VILLA, TCS; SILVA, EM; PINTO, IC; ALMEIDA, MCP. O velho trabalho em equipe pode ganhar cara nova? Uma perspectiva do trabalho gerencial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.24, n.54, p.66-74, 2000.

MISHIMA, SM. **A gerência de serviços da atenção primária à saúde como instrumento para reorganização da assistência à saúde – o caso do Programa de Saúde da Família**. 2003, 153p. Tese (Livre Docência) Escola de Enfermagem Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2003.

MOSCOVICI, F. **A organização por trás do espelho: reflexos e reflexões**. Rio de Janeiro: José Olympio, 2001.

MOTTA, PR. **Gestão Contemporânea: A ciência e a arte de ser dirigente**. 14^a ed. Rio de Janeiro: Record, 2003.

MUNARI DB, COSTA HK, CARDOSO AHA, ALMEIDA CCOF. Características da competência interpessoal do enfermeiro: estudo com graduandos de enfermagem, **Rev Bras Enf.**, v. 56, n.5, p.484-7, 2003.

MUNARI, DB; BEZERRA, ALQ. Inclusão da competência interpessoal na formação do enfermeiro como gestor. **Rev. Bras. Enf.** v.57, n. 4, p. 484-6, 2004.

MUNARI, DB; CRUZ, RMM; MERJANE, TVB. A aplicação do modelo de educação de laboratório no processo de formação do enfermeiro. **Rev Enf. UERJ**. v.13, n.2, p.263-269, 2005.

MUNARI, DB; OLIVEIRA, NF; FERNANDES, CNS. O modelo de educação de laboratório na formação do enfermeiro: visão do graduando de enfermagem. **Rev. Enf. UERJ**. v.14, n.3, p.385-90, 2006.

MUNARI, DB; ROCHA, BS; MEDEIROS, M; BEZERRA, ALQ, BARBOSA, MA; WEIRICH, CF. O modelo de educação de laboratório na formação do enfermeiro: estudo com egressos. **Ciência Cuidado e Saúde**.PRELO v.7 n.1, 2008.

NOGUEIRA, RP. Regulação dos vínculos institucionais externos. Brasília; set.2pp mimeo-resumo Disponível em <http://www.pessoalsus.inf.br/>, 2002, **Problemas de Gestão e Regulação do Trabalho no SUS**, Disponível em <http://www.observarh.org.br/nesp/>, Acessado em 10 de julho de 2006.

NOGUEIRA, R.; BARALDI, S.; RODRIGUES, V. de A. **Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na Administração Pública**, 2004. Rede Observa RH. Disponível em www.observarh.org.br Acessado em 10 de julho de 2006.

OLIVEIRA ACF; PAZ, ARA; TELLES, EAB; LEITE, JL; STIPP, MAC. Liderança e enfermagem: elementos para reflexão. **Rev. Bras. Enf**, v.57, n. 4, p. 487-9, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Alma-Ata. In: **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de saúde**. Brasília, 1979. 64p.

PAIM, JS; TEIXEIRA, CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. esp. P. 73-8, 2006.

PASSOS, JP. **A Utilização de indicadores na prática gerencial do enfermeiro em unidades básicas de saúde na cidade do Rio de Janeiro**. São Paulo, 2004, 175p. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, 2004.

PEDUZZI, M; CIAMPONE, MHT. Trabalho em equipe e processo grupal. In: KURCGANT, P. (coord.) **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 108-124.

PERES, AM. **Competências gerenciais do enfermeiro: relação entre as expectativas da instituição formadora e do mercado de trabalho.** 2006. 250p. Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

PIERANTONI, CR ; VARELLA, TC ; FRANÇA, T. Recursos Humanos e Gestão do Trabalho em Saúde: teoria para a prática. **Cadernos Rh Saúde**, Brasília, v.3, n.1, 2006.

PIERANTONI. CR. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Rev. Ciências & Saúde Coletiva**, v. 6, n.2, 341 – 360, 2001.

PINHEIRO, R; MATTOS, RA (orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** 6ª ed. Rio de Janeiro: CEPES-ABRASCO, 2006.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem.** São Paulo: Cortez Editora, 1989.

POLIT, DF; HUNGLER, BP. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem.** 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RESCK, ZMR. **A formação e a prática do enfermeiro para o trabalho em saúde: delineando caminho para a práxis transformadora.** 2006. 200p. Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2006.

REZENDE, KTA. **Processo de gerência nas Unidades de Saúde da Família: limites e possibilidades em sua construção.** 2007. 206p. Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2007.

RIGOLI, F; ROCHA, CF; FOSTER, AA. Desafios críticos dos recursos humanos em saúde: uma visão regional. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.1, p. 7-16, 2006.

RIZZOTTO, MLF. **História da Enfermagem e sua relação com a Saúde Pública.** Goiânia: AB, 1999.

ROSSO, CFW; COLLET, N. 1999; Educação em saúde nas unidades básicas de saúde. **Rev eletrônica de enferm**, v.01, n.1, 1999.

RUTHES, RM; CUNHA, ICKO. Entendendo as competências para aplicação na enfermagem. **Rev. Bras Enferm**, V.61 n.0, p.109-12, 2008.

SANTOS, AS. Gestão em atenção primária à saúde e enfermagem: reflexão e conceitos importantes. In: SANTOS, AS; MIRANDA, SMRC (orgs). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri, São Paulo: Manole, 2007.

SILVA, LVC. **Perfil sócio-econômico, profissional e político dos gestores municipais de saúde do Estado do Maranhão**. 2003. Monografia (Especialização), Universidade Federal do Maranhão, São Luis, Maranhão, 2003.

SILVA, MJP. Ela volta todo dia. O que ela quer? Comunicação na atenção primária a saúde. In: SANTOS, AS; MIRANDA, SMRC (orgs). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri, São Paulo: Manole, 2007.

SIMÕES, ALA; FÁVERO, N. Aprendizagem da liderança: opinião de enfermeiros sobre a formação acadêmica. **Rev Latino-Am.Enfermagem**. v.8, n.3, p.91-96, 2000.

SINGER, P; CAMPOS, O; OLIVEIRA, EM. **Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1988

SOUSA, MF. Introdução. In: SANTOS, AS; MIRANDA, SMRC (orgs). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri, São Paulo: Manole, 2007.

SPAGNUOLO, RS; PEREIRA, MLT. Práticas de saúde em enfermagem e comunicação: um estudo de revisão da literatura. **Ciências e Saúde Coletiva**, v.12, n.6, p.1603-10, 2007.

TREVIZAN, MA; MENDES, IAC; MELO, MRA. Liderança e comunicação no cenário da gestão em enfermagem. **Rev. Latino-Am.Enfermagem**. v.6, n. 5, p.77-82, 1998.

TRONCHIN, DMR; MELLEIRO, MM; TAKAHASHI, RT. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: KURCGANT, P. (coordenadora)

Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 75-88, 2005.

VALE, EG; GUEDES, MVC. Competências e habilidades no ensino de administração em enfermagem à luz das diretrizes curriculares nacionais. **Rev. Bras. Enf.** v.57, n. 4, p. 475-8, 2004.

VANDERLEI, MIG; ALMEIDA, MCP. **O gerenciamento na estratégia da saúde da família: o processo de trabalho dos gestores e dos gerentes municipais de saúde no estado do Maranhão.** 2005. 245p. Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VANDERLEI, MIG; ALMEIDA MCP. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Rev Ciências & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, 443-453, 2007.

VILAR, RLA. **Estudo sobre o perfil dos gestores municipais de saúde do estado do Rio Grande do Norte.** Natal. Rio Grande do Norte: UFRN, 2001.

WEIRICH, CF; DOMINGUES, MHMS. Mortalidade neonatal: um desafio para os serviços de saúde. **Rev eletrônica de enferm**, v. 03, n.1, 2001.

WEIRICH, CF; TAVARES, JB; SILVA, KS. Cuidado de enfermagem à família: um estudo bibliográfico. **Rev eletrônica de enferm**, v. 06, n.2, 2004.

WEIRICH, CF; ANDRADE, ANSS; TURCHI, MD; SILVA, AS; MORAIS-NETO, OL; MINAMISAVA, RF, MARQUES, SM. Neonatal mortality in intensive care units of Central Brazil. **Rev Saúde Pública**, v.39, n. 5, p.775-81, 2005.

WEIRICH, CF; MUNARI, DB; BEZERRA, ALQ. Endomarketing: ensaio sobre possibilidades de inovação na gestão em enfermagem. **Rev Bras Enf.** v.57, n.6, p.641-4, 2004.

WEIRICH, CF; MUNARI, DB; BEZERRA, ALQ; MEDEIROS, M. A formação do enfermeiro para a gestão em saúde a partir de uma experiência de integração ensino e serviço de saúde. In: **I EXPOGEST, Mostra Nacional de Vivências**

Inovadoras de Gestão no SUS, 2006, Brasília - DF. Ministério da Saúde, v. 01, p.01, 2006.

WITT, RR. **Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição das Funções Essenciais de Saúde Pública**. 2005. 336p. Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

XIMENES NETO, FRG; SAMPAIO, JJC. Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. **Rev. Bras. Enf.** v.60, n.6, p. 687-95, 2007.

ZABNER, SJ; GREDIG, QB. Improving public health nursing education: recommendations of local public health nurses. **Public Health Nursing**, v.22, n.5, p.445-50,2005.

Apêndices e Anexos

APÊNDICE A

APÊNDICE B

O MODELO DE EDUCAÇÃO DE LABORATÓRIO NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO: ESTUDO COM EGRESSOS^a

Autores:

Denize Bouttelet Munari¹
Marcelo Medeiros²
Ana Lucia Queiroz Bezerra³
Maria Alves Barbosa⁴
Bárbara Souza Rocha⁵
Claci Fátima Weirich⁶

Resumo: Pesquisa realizada com objetivo de verificar como egressos do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Goiás utilizam o conhecimento gerado pelo modelo de educação de laboratório. Pesquisa descritiva de abordagem qualitativa realizada com 20 egressos do referido curso, utilizando entrevistas semi-estruturadas, que foram submetidas à análise temática de conteúdo. Os dados geraram duas categorias que revelaram que o modelo constitui-se em proposta para fortalecimento pessoal e compreensão do trabalho coletivo, o que mostra a importância atribuída ao aprendizado numa visão contextualizada para entender a complexidade do trabalho em saúde. Isso sugere que o modelo atende ao propósito de fortalecer a formação pessoal do enfermeiro para ações mais assertivas no contexto de trabalho em saúde.

Palavras Chave: Pesquisa em Educação em Enfermagem; Estudantes de Enfermagem; Equipe de Enfermagem.

^a PRELO - Revista Ciências, Cuidado e Saúde. v.7, n.1, 2008.

¹ Enfermeira. Professora Doutora. Titular da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Psicoterapia, Psicodrama e Dinâmica de Grupo (SOBRAP/GOIÁS) Email: denize@fen.ufg.br

² Enfermeiro. Professor Adjunto IV da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

³ Enfermeira. Professor Adjunto III da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

⁴ Enfermeira. Professor Adjunto III da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

⁵ Enfermeira da Secretaria Municipal da Saúde de Goiânia-GO. Mestranda do Programa de PG em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

⁶ Enfermeira. Professor Assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

APÊNDICE C**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE REDE BÁSICA



**LISTAGEM DAS UNIDADES DE SAÚDE QUE COMPÕEM A SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA**

DISTRITO SANITÁRIO MEIA PONTE

01) CENTRO DE SAÚDE FAMA	SIA / SUS 32338521
02) CENTRO DE SAÚDE VILA CANAÃ	SIA / SUS 32339382
03) CENTRO DE SAÚDE ESPLANADA DO ANICUNS	SIA / SUS 32506823
04) CENTRO DE SAÚDE VILA SANTA HELENA	SIA / SUS 2338548
05) CENTRO DE SAÚDE SETOR RODOVIÁRIO	SIA / SUS 2339404
06) CAIS DE CAMPINAS	SIA / SUS 2339501
07) CENTRO DE REFERÊNCIA EM ORTOPEDIA E FISIOTERAPIA	

DISTRITO SANITÁRIO CENTRAL

01) CENTRO DE SAÚDE SETOR NORTE FERROVIÁRIO	SIA / SUS 32338483
02) CENTRO DE SAÚDE CRIMÉIA LESTE	SIA / SUS 32338491
03) CENTRO DE SAÚDE VILA MORAES	SIA / SUS 32339250
04) CASA DE ATENÇÃO SAÚDE MENTAL ÁGUA VIVA	SIA / SUS 32339498
05) CENTRO DE SAÚDE SETOR NEGRÃO DE LIMA	SIA / SUS 32338572
06) CAIS DA VILA NOVA	SIA / SUS 32506327
07) PRONTO SOCORRO PSIQUIÁTRICO WASSILY CHUC	SIA / SUS 32339463
08) CENTRO DE ATENÇÃO ALCOOLISTA (C.A.S.A.)	
09) CENTRO DE REFERÊNCIA EM DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA	SIA / SUS 32339242

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) GIRASSOL SIA / SUS 33024504

10) UABSF LESTE UNIVERSITÁRIO

DISTRITO SANITÁRIO LESTE

01) CENTRO DE SAÚDE ÁGUA BRANCA SIA / SUS 32339293

02) CENTRO DE SAÚDE CONJUNTO ARUANÃ SIA / SUS 32339269

03) CENTRO DE SAÚDE CONJUNTO RIVIERA SIA / SUS 32339277

CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA - VILA PEDROSO
32653893 SIA / SUS

04) CAPS NOVO MUNDO SIA / SUS 32626713

05) CAIS DO NOVO MUNDO SIA / SUS 32339315

06) CAIS AMENDOEIRAS SIA / SUS 32339323

07) UBSF – RECANTO DAS MINAS GERAIS SIA / SUS 32653850

DISTRITO SANITÁRIO MENDANHA

01) CENTRO DE SAÚDE VILA MARIA DILCE SIA / SUS 32506807

02) CENTRO DE SAÚDE PARQUE DOS BURITIS SIA / SUS 32506793

03) CENTRO DE SAÚDE SÃO FRANCISCO SIA / SUS 32506793

04) CENTRO DE SAÚDE VILA REGINA SIA / SUS 2339331

05) CENTRO DE SAÚDE JARDIM BALNEÁRIO MEIA PONTE SIA / SUS 2338505

06) CENTRO DE SAÚDE VILA CLEMENTE SIA / SUS 32506653

07) CENTRO DE SAÚDE SETOR PERIM SIA / SUS 32506777

08) CAPS ESPERANÇA SIA / SUS 32659719

09) CIAMS URIAS MAGALHÃES SIA / SUS 32338556

10) CAIS CÂNDIDA DE MORAIS SIA / SUS 2626691

DISTRITO SANITÁRIO NOROESTE

01) CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA – CONJ. PRIMAVERA	SIA / SUS 32653834
02) CENTRO DE SAÚDE VILA MUTIRÃO	SIA / SUS 32506874
CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA – BOA VISTA	SIA / SUS 32673967
03) CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA –ESTRELA DALVA	SIA / SUS 32506386
04) CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA – B. DA FLORESTA	SIA / SUS 32506351
05) CENTRO DE SAÚDE FAMÍLIA–S. RECANTO DO BOSQUE	SIA / SUS 32506378
06) CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA –P. TREMENDÃO III	SIA / SUS 32506459
07) CENTRO DE SAÚDE FAMÍLIA BAIRRO DA VITÓRIA	SIA / SUS 32506424
08) CENTRO DE SAÚDE FAMÍLIA MORADA DO SOL	SIA / SUS 32506394
09) CENTRO DE SAÚDE FAMÍLIA NOVO PLANALTO	SIA / SUS 32506742
10) CENTRO DE SAÚDE FAMÍLIA SÃO CARLOS	SIA / SUS 2506416
11) CENTRO DE SAÚDE FAMÍLIA JARDIM CURITIBA III	SIA / SUS 2506408
12) CENTRO DE SAÚDE FAMÍLIA BARRA VENTO	SIA / SUS 3009882
13) CENTRO DE SAÚDE FAMÍLIA VF 18	SIA / SUS 3009890
14) CAIS DO FINSOCIAL	SIA / SUS 32506335
15) CAIS DO JARDIM CURITIBA	SIA / SUS 32506688
16) MATERNIDADE NASCER CIDADÃO	SIA / SUS 32338564
17) UABSF JARDIM CURITIBA II	

DISTRITO SANITÁRIO NORTE

01) CENTRO DE SAÚDE ITATIAIA	SIA / SUS 32664739
02) CENTRO DE SAÚDE SÃO JUDAS TADEU	SIA / SUS 32339455
03) CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA - DISTRITO DE VILA RICA	SIA / SUS 32653885
04) CENTRO DE SAÚDE JARDIM GUANABARA III	SIA / SUS 32339471
05) CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA – GUANABARA I	SIA / SUS 32653869

06) CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA – CACHOEIRA DOURADA	SIA / SUS 3009874
07) CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA – VALE DOS SONHOS	SIA / SUS 2653877

DISTRITO SANITÁRIO OESTE

01) CENTRO DE SAÚDE PARQUE INDUSTRIAL JOÃO BRAZ	SIA / SUS 32339390
02) CENTRO DE SAÚDE CONJUNTO VERA CRUZ II	SIA / SUS 32339439
03) CENTRO DE SAÚDE CONJUNTO VERA CRUZ I	SIA / SUS 32339420
04) CAIS BAIRRO GOIÁ	SIA / SUS 32339447
05) CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA – GOIÂNIA VIVA	SIA / SUS 32506718

DISTRITO SANITÁRIO SUDOESTE

01) CENTRO DE SAÚDE PARQUE ANHANGUERA	SIA / SUS 32339366
02) CENTRO DE SAÚDE JARDIM VILA BOA	SIA / SUS 32339358
03) CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA – SETOR ANDRÉIA CRISTINA	SIA / SUS 32653907
04) CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA – JARDIM CARAVELAS	SIA / SUS 32506912
05) CENTRO DE SAÚDE VILA MAUÁ	SIA / SUS 32339374
06) CENTRO DE SAÚDE VILA UNIÃO	SIA / SUS 32339641
07) CIAMS NOVO HORIZONTE	SIA / SUS 0000370
08) CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA – RESIDENCIAL ITAIPÚ	SIA / SUS 32506939
09) CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA – GARAVELO B	SIA / SUS 32673959
10) CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA – CONDOMÍNIO DAS ESMERALDA	SIA / SUS 32673940
11) CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA – MADRE GERMANA II	
12) CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA – SANTA RITA	
12) CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL BEIJA FLOR	SIA / SUS 33049604

DISTRITO SANITÁRIO SUL / SUDESTE

01) CENTRO DE SAÚDE PARQUE ATHENEU	SIA / SUS 32665239
02) CENTRO DE SAÚDE VILA REDENÇÃO	SIA / SUS 32339544
03) CENTRO DE SAÚDE CHÁCARA DO GOVERNADOR	SIA / SUS 32339552
04) CENTRO DE SAÚDE PARQUE AMAZÔNIA	SIA / SUS 32339560
05) CIAMS DO JARDIM AMÉRICA	SIA / SUS 32339528
06) CIAMS SETOR PEDRO LUDOVICO/AMB. MUNIC. DE QUEIMADURAS	SIA / SUS 32339633
07) CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA – JARDIM MARILIZA	SIA / SUS 32665247
08) CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA – PARQUE ATHENEU	SIA / SUS 32653842
09) CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS VIDA)	SIA / SUS 33024490
10) AMBULATÓRIO MUNICIPAL DE PSIQUIATRIA	SIA / SUS 32339587

APÊNDICE D

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**I – CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO**

Número de identificação da entrevista: _____

1 – Sexo: Feminino () Masculino ()

2 – Idade: _____ anos

3 – Instituição de ensino em que se graduou:

Pública () Privada () - Qual instituição: _____

4 – Ano que concluiu a graduação: _____

5 – Quais as suas experiências profissionais: (Locais e tempo de trabalho)

6 – Tempo que exerce atividades gerenciais em serviços de saúde: _____
(anos e/ou meses). Tempo que exerce atividades gerenciais na atual
lotação _____ (anos/meses).

7 – Já atuou em atividades gerenciais em outros serviços da Rede Básica de
Saúde? (em outros níveis decisórios da Rede
Básica) _____

8 – Qual seu vínculo empregatício (Secretaria Municipal de Saúde):

() efetivo () contratado () outros _____

9 – Qual sua carga horária de trabalho diariamente _____ (horas)

10 – Obteve capacitação profissional para o gerenciamento de serviços de saúde?

Sim () Não ()

Em caso afirmativo, especifique:

II – CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DA REDE BÁSICA DE SAÚDE

11 – Localização:

() Unidade Básica de Saúde () Distrito Sanitário () Sede SMS () USF

12 – Turno de atendimento do serviço: _____(número de horas)

Especifique horas de atendimento: () diurnas () noturnas

13 – Quem é sua clientela:

() cliente interno – equipe de saúde () cliente externo - Comunidade

14 – Fluxo da clientela:

() atendimento da demanda espontânea

() atendimento da demanda agendada

() atendimento da clientela referenciada

() Outros – Quais _____

15 – Que serviços são oferecidos à clientela nesta Unidade de Saúde?

RECURSOS FÍSICOS:

16 – Na sua opinião, a **planta física** da Unidade de Saúde atende à finalidade do serviço e às atividades que são desenvolvidas?

() Sim () Não

Explique:

RECURSOS HUMANOS:

17 – Quantas pessoas compõem a equipe do serviço de saúde que você gerencia _____

18 – Quais os profissionais que compõem a equipe de saúde do serviço?

- Enfermeiros Técnicos de Enfermagem Auxiliar de Enfermagem
 Agente de Saúde Médico Odontólogo Farmacêutico
 Nutricionista Assistente Social Psicólogos Biomédicos
 Outro profissional de nível superior _____
 Outro profissional de nível médio _____
 Outro profissional de nível fundamental _____

19 – Considera o quadro de funcionários existente para o atendimento da clientela:

- suficiente insuficiente

Especifique:

20 – Que medidas e/ou providências são tomadas para resolução do problema, caso o quadro de funcionários seja insuficiente?

21 – Existe uma política de cargos e salários na instituição?

- Sim Não Não sabe

22 - Caso afirmativo, o que sabe sobre a política de cargos e salários? _____

23 – Existe uma proposta de capacitação de sua equipe de trabalho?

- Sim Não Não sabe

Em caso afirmativo, SMS gerência local

24 – Existe proposta de capacitação para os gerentes?

- Sim Não Não sabe

Em caso afirmativo, Regional de Saúde pólo de Capacitação SMS
 Ministério da Saúde.

RECURSOS FINANCEIROS:

25 – Qual é a autonomia financeira que o enfermeiro tem para o gerenciamento do serviço? _____

RECURSOS MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:

26 – Que medidas são tomadas para suprir as necessidades de materiais, insumos e equipamentos quando estes são insuficientes para as atividades do serviço de saúde?

27 – Os medicamentos atendem à necessidade da demanda?

() Sim () Não

Por quê? _____

28 – As vacinas atendem à necessidade da demanda?

() Sim () Não

Por quê? _____

29 - Em caso negativo, que medidas são tomadas para suprir as necessidades?

30 – Como você percebe o resultado do seu trabalho quando os recursos são insuficientes? (Recursos Físicos, Recursos Humanos, Recursos Financeiros, Recursos de Materiais, Equipamentos e Insumos).

PROCESSOS DE SERVIÇO

31 – Descreva um dia típico de seu trabalho e assinale o que considera como atividade ligada a sua prática gerencial

32 – Dentre as atividades gerenciais exercidas, mencione as atividades consideradas de :

Fundamental importância –

Maior dificuldade-

Maior facilidade-

33 - No gerenciamento da Unidade de Saúde você utiliza indicadores de saúde para estabelecimentos das ações de saúde?

() Sim () Não () Em parte

34 - Em caso afirmativo, relacione quais indicadores são utilizados, sua finalidade e a fonte.

Indicador	Finalidade	Fonte
Indicador1		
Indicador2		
Indicador3		
Indicador4		

35 - Na comunicação com os funcionários utiliza-se de que instrumentos?

36 - E na comunicação com os usuários do serviço utiliza-se de que instrumentos?

37 – Você observa que ocorrem mudanças em relação ao trabalho de outros profissionais com a presença do gerente no cotidiano?

() Sim () Não

38 – Quais mudanças? _____

39 – Quais os pontos de estrangulamento presentes no seu trabalho gerencial?

RESULTADOS DOS SERVIÇOS

41 – Realiza avaliação do alcance previsto pelas atividades planejadas na sua Unidade?

Sim Não

Com qual periodicidade?

42 - Existe instrumento para avaliação?

Sim Não

Em caso afirmativo, quais instrumentos? _____

43 – Realiza avaliação dos resultado das ações de saúde com os usuários?

Sim Não

44 – Considera importante a avaliação da satisfação do usuário em relação às atividades e ações desenvolvidas?

Sim Não

Justifique _____

45 – Realiza avaliação de satisfação de sua equipe de trabalho?

Sim Não

46 – A avaliação da satisfação da equipe de trabalho é importante para o desempenho das ações?

Sim Não

Por quê?

47 – Que características o profissional que trabalha na gerência de serviços de enfermagem da rede básica de saúde deve ter?

48 – Como considera seus conhecimentos para exercer a função gerencial?

Explique.

49 – Gostaria de realizar algum curso?

() Sim

() Não

Qual?

Por quê?

50 – Como você avaliaria o seu trabalho gerencial na rede básica de saúde?

51 – Comentários e/ou sugestões.

APÊNDICE E

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**DISTRITO SANITÁRIO MEIA PONTE**

End.: Rua P-25 Qd. P-89 n.º 737 Setor dos Funcionários
Fone: 3524-1937/1938
Horário de Atendimento – 8 às 18 horas de Segunda a Sexta

01) CENTRO DE SAÚDE FAMA**SIA / SUS 32338521**

Endereço: Rua R-10 n.º 76 Setor Fama
Fone: 3524-2425/2409
Horário de Atendimento - 7 às 19 horas de Segunda a Sexta

02) CENTRO DE SAÚDE VILA CANAÃ**SIA / SUS 32339382**

Rua Heitor Fleury, c/ Lagedonfa Qd. 012 Lt. 01 – Vila Canaã
Fone: 3524-1645/58-2826
Horário de Atendimento - 7 às 19 horas de Segunda a Sexta

03) CENTRO DE SAÚDE ESPLANADA DO ANICUNS**SIA / SUS 32506823**

Rua São Gotardo, esq. C / Al. Progresso s/n, Esplanada do Anicuns
Fone: 3524-1960/1961 – 3295-2593 Público Comunitário
Horário de Atendimento - 7 às 19 horas de Segunda a Sexta

04) CENTRO DE SAÚDE VILA SANTA HELENA**SIA / SUS 2338548**

Rua 21, Qd. 21, Lts. 22 e 23, Vila Santa Helena
Fone: 3524-1945/ 3524-1946
Horário de Atendimento - 7 às 19 horas de Segunda a Sexta

05) CENTRO DE SAÚDE SETOR RODOVIÁRIO**SIA / SUS 2339404**

Rua Anchieta, n.º 157, Qd.32, Lt.02 – Setor Rodoviário
Fone: 3524-1955 / 3524-1956 e 3295-5880 Público Comunitário
Horário de Atendimento - 7 às 19 horas de Segunda a Sexta

06) CAIS DE CAMPINAS**SIA / SUS 2339501**

Av. 210 Qd; 73 Lt. 41 n.º 326 Setor Coimbra (Av. Izaira Abraão)
Fone: 524-1930/524-1932 / 1931
Horário de Atendimento - 7 às 19 horas de Segunda a Sexta

07) CENTRO DE REFERÊNCIA EM ORTOPEDIA E FISIOTERAPIA

Endereço: Rua 17, s/n, Setor Aeroviário, Próximo ao Corpo de Bombeiros
Fone: 524-1950/524-1951 e 524-1952

DISTRITO SANITÁRIO CENTRAL

End.: Rua 67 – A n.º 221 Setor Norte Ferroviário

Fone: 3524-8738/8739/8740

Horário de Atendimento – 8 às 19 horas de Segunda a Sexta

01) CENTRO DE SAÚDE SETOR NORTE FERROVIÁRIO SIA / SUS 32338483

Rua 05, Qd.A-1, Lt.14 – Setor Norte Ferroviário

Fone: 524-1921 / 1922 / 211-7100

Horário de Atendimento - 7 às 19 horas de Segunda a Sexta

02) CENTRO DE SAÚDE CRIMEIA LESTE SIA / SUS 32338491

Rua Senador Antonio M. Borges c/ Virgílio X. de Barros, s/n, C. Leste

Fone: 524-1810

Horário de Atendimento - 7 às 19 horas de Segunda a Sexta

03) CENTRO DE SAÚDE VILA MORAES SIA / SUS 32339250

Rua 10, Qd.12 Lt.61 – Vila Moraes

Fone: 3524-1800/1803 e 3202-1153 Público Comunitário

Horário de Atendimento - 7 às 19 horas de Segunda a Sexta

04) CASA DE ATENÇÃO SAÚDE MENTAL ÁGUA VIVA SIA / SUS 32339498

Rua 115 nº 34 (chácara 03) Setor Sul

Fone: 3524-1660/3524-1661

Horário de Atendimento - 7 às 19 horas de Segunda a Sexta

05) CENTRO DE SAÚDE SETOR NEGRÃO DE LIMA SIA / SUS 32338572

Av. Armando de Godoy, Qd. 29, Lts. 06 e 07 – Setor Meia Ponte

Fone: 524-1815/1816 e 202-2387 Público Comunitário

Horário de Atendimento - 7 às 19 horas de Segunda a Sexta

06) CAIS DA VILA NOVA SIA / SUS 32506327

Praça Boaventura, nº 149, Vila Nova

Fone: 524-1825/524-1826/524-1827/524-1828/202-0911 Público Comunitário

Horário de Atendimento - 7 às 19 horas de Segunda a Sexta

07) PRONTO SOCORRO PSQUIÁTRICO WASSILY CHUC SIA / SUS 32339463

Av. Vereador José Monteiro Qd. 11 Lt. Área, St. Negrão de Lima (Santos Dumont, s/n Nova Vila)

Fone: 3524-1860/3524-1861/3524-1862/3524-1863

Urgência / Emergência em Psiquiatria (24 horas)

08) CENTRO DE ATENÇÃO ALCOOLISTA (C.A.S.A.)

Av Vereador José Monteiro (ant Av. Santos Dumont), Qd. 11 Lt. Área, St. Negrão de lima

Fone:3524-2548/ 3524 - 2522

09) CENTRO DE REFERÊNCIA EM DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA

SIA / SUS 32339242

Av. Contorno, ala norte, 2151, área Terminal Rodoviário – St. Norte Ferroviário

Fone: 3524-8701/8702/8703/3524-8731/3202-6269

Horário de Atendimento - 7 às 19 horas de Segunda a Sexta

10) CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) GIRASSOL

SIA / SUS 33024504

Rua R-5 Qd. R-7 Lt. 03 St. Oeste Fone: 524-2489

11) UABSF LESTE UNIVERSITÁRIO

Rua 218 Lt. 10, Setor Leste Universitário.

Fone: 3565 - 4824

DISTRITO SANITÁRIO LESTE

End.: Rua Cristóvão Colombo Qd. 133 Lt. 08 – Jardim Novo Mundo

Fone: 3524-1893/1897/1895

Horário de Atendimento – 7 às 18 horas de Segunda a Sexta

01) CENTRO DE SAÚDE ÁGUA BRANCA**SIA / SUS 32339293**

Rua 01, Qd. E, Lt. 08 – Setor Água Branca

Fone: 3524-1600/3524-1601/3284-4931 Público Comunitário

Horário de Atendimento - 7 às 19 horas de Segunda a Sexta

02) CENTRO DE SAÚDE CONJUNTO ARUANÃ**SIA / SUS 32339269**

Rua Urucara, Qd. 03, Lt. 11 – Conjunto Aruanã III

Fone: 3524-1630 / 3284-0557

Horário de Atendimento - 7 às 19 horas de Segunda a Sexta

03) CENTRO DE SAÚDE CONJUNTO RIVIERA**SIA / SUS 32339277**

Av. Perimetral 11, s/n, Conj. Riviera

Fone: 3524-1625/ 1626

Horário de Atendimento - 7 às 19 horas de Segunda a Sexta

04) CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA - VILA PEDROSO (DIST. LESTE)**SIA / SUS 32653893**

End.: Rua Paracatu Qd. H-01 Lt. 03 – Vila Pedroso

Fone: 3524-1899

Horário de Atendimento – 8 às 17 horas de Segunda a Sexta

05) CAPS NOVO MUNDO**SIA / SUS 32626713**

Endereço: Av. Manchester n.º 2.000, Chácara 02, Jardim Novo Mundo

Fone : 3524 – 1802 / 1804

Horário de Atendimento – 8 às 18 horas de Segunda a Sexta

06) CAIS DO NOVO MUNDO**SIA / SUS 32339315**

Endereço: Av. Nova York, s/n, Jardim Novo Mundo

Fone: 3524-1890

Horário de Atendimento – 7 às 19 horas de Segunda a Sexta

Urgência / Emergência - 7 às 19 horas nos Sábados, Domingos e feriados

07) CAIS AMENDOEIRAS**SIA / SUS 32339323**

Av. Francisco Ludovico de Almeida, Qd.24, Setor Parque das Amendoeiras

Fone: 3524-1835/3524-1836/3524-1837/1838/1829/208-8031

Horário de Atendimento - 7 às 19 horas de Segunda a Sexta

Urgência / Emergência 24 horas todos os dias da semana

08) UBSF – RECANTO DAS MINAS GERAIS**SIA / SUS 32653850**

Av. do Ouro C/ SR 51 Qd. 67 Lt. 01 Recanto das Minas Gerais

Fone: 3524-1877

DISTRITO SANITÁRIO MENDANHA

End.: Rua P – 15 Qd. P-74 n.º 44 St. Funcionários

Fone: 524-1997/1998

Horário de Atendimento – 8 às 18 horas de Segunda a Sexta

01) CENTRO DE SAÚDE VILA MARIA DILCE**SIA / SUS 32506807**

Rua 11 Junho, Qd.11, Lts. 12,13,14 e 15, Vila Maria Dilce – Fone: 3524-1250/3204/3205

Horário de Atendimento - 7 às 19 horas de Segunda a Sexta

02) CENTRO DE SAÚDE PARQUE DOS BURITIS**SIA / SUS 32506793**

Rua Rosimira Marques, c/ Av. Elizabeth

Fone: 3524-2600 / 298-5888

Horário de Atendimento - 7 às 19 horas de Segunda a Sexta

03) CENTRO DE SAÚDE SÃO FRANCISCO**SIA / SUS 32506793**

Av. das Palmeiras, esq. c/ Rua Buenos Aires – Bairro São Francisco

Fone: 524-1965 / 597-3196

Horário de Atendimento - 7 às 19 horas de Segunda a Sexta

04) CENTRO DE SAÚDE VILA REGINA**SIA / SUS 2339331**

Rua São Miguel, esq. c/Av. Inhumas, Qd. 28, Lts. 01,02, 03 e 20 – Vila Regina

Fone: 524-1968 e 524-1969

Horário de Atendimento - 7 às 19 horas de Segunda a Sexta

05) CENTRO DE SAÚDE JARDIM BALNEÁRIO MEIA PONTE**SIA / SUS 2338505**

Rua dos Paranaenses c/ Rua dos Gaúchos, Qd. F-7, s/ nº – Jardim Balneário Meia Ponte

Fone: 524-1908 / 1909

Horário de Atendimento - 7 às 19 horas de Segunda a Sexta

06) CENTRO DE SAÚDE VILA CLEMENTE**SIA / SUS 32506653**

Endereço: Rua dos Tamoios Qd. 06 Lt. 3 e 4 Vila Clemente

Fone: 524-3202/3203

Horário de Atendimento - 7 às 19 horas de Segunda a Sexta

07) CENTRO DE SAÚDE SETOR PERIM**SIA / SUS 32506777**

Av. Perim, Qd.12, Lt.12 – Setor Perim

Fone: 3524-3201/3200

Horário de Atendimento - 7 às 19 horas de Segunda a Sexta

08) CAPS ESPERANÇA (MENDANHA)**SIA / SUS 32659719**

Rua da República esq. com Av. Cláudio Manoel da Costa Qd. 20 Lt. 32 Bairro Capuava

Fone: 597-2214/ 297-4269

Horário de Atendimento – 8 às 18 horas de Segunda a Sexta

09) CIAMS URIAS MAGALHÃES**SIA / SUS 32338556**

Rua Guajajara, esq./c Ruas Carijós, s/n.º, Setor Urias Magalhães

Fone: 524-1993/1994/1995/1996

Horário de Atendimento – 7 às 19 horas de Segunda a Sexta

Urgência / Emergência – 7 às 22 todos os dias da semana

10) CAIS CÂNDIDA DE MORAIS**SIA / SUS 2626691**

Av. Perimetral Norte esq. C/ CM-08, s/n – Setor Cândida de Moraes

Fone: 524-1940/1941 e 524-1942

Horário de Atendimento - 7 às 19 horas de Segunda a Sexta

Urgência / Emergência - 7 às 22 horas todos os dias da semana

DISTRITO SANITÁRIO NOROESTE

End.: Av. Central Qd. 28-A Lt. 12 Jardim Curitiba IV

Fone: 3524-3518/3595-8707/7528

Horário de Atendimento - 7 às 17 horas de Segunda a Sexta

01) CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA – CONJ. PRIMAVERA SIA / SUS 32653834

Rua Cp - 38 Qd. 47 Conjunto Primavera

Fone: 3593-4547 / 3593-4573 e 3593-4590

02) CENTRO DE SAÚDE VILA MUTIRÃO SIA / SUS 32506874

Rua 06, Qd. 15 – Vila Mutirão

Fone: 524-2575/2576

Horário de Atendimento - 7 às 19 horas de Segunda a Sexta

03) CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA – BOA VISTA SIA / SUS 32673967

Av. dos Ipês, Qd. 03 Lt 10 – Boa Vista

Fone: 3593-2518

Horário de Atendimento – 8 às 17 horas de Segunda a Sexta

04) CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA –ESTRELA DALVA SIA / SUS 32506386

Rua 16 de Maio Qd. 4-B ,Lt. 32 –Setor Estrela Dalva - Cep 74475-300

Fone: 3524-3502

Horário de Atendimento – 8 às 17 horas de Segunda a Sexta

05) CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA – B. DA FLORESTA SIA / SUS 32506351

Rua Bv Qd. 34 Lt. 14 Área Iv Floresta - Bairro da Vitória

Fone: 3593-2905

Horário de Atendimento – 8 às 17 horas de Segunda a Sexta

06) CENTRO DE SAÚDE FAMÍLIA–S. RECANTO DO BOSQUE

SIA / SUS 32506378

Rua Tropical, Qd. 28, Lt. 115 –Setor Recanto do Bosque – Cep 74474-338

Fone: 3524-3503 e 3536-2056 (Público Comunitário)

Horário de Atendimento – 8 às 17 horas de Segunda a Sexta

07) CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA –P. TREMENDÃO III

SIA / SUS 32506459

Rua Paulo Beti Qd. 1-A Lt. 12 – Jd. Tremendão IIII

Fone: 595-4587.

Horário de Atendimento – 8 às 17 horas de Segunda a Sexta

08) CENTRO DE SAÚDE FAMÍLIA BAIRRO DA VITÓRIA SIA / SUS 32506424

Endereço: Av. Comercial Qd. 31 Lt. 03, Área III – Bairro da Vitória

Fone: 3595 – 9823.

Horário de Atendimento – 8 às 17 horas de Segunda a Sexta

09) CENTRO DE SAÚDE FAMÍLIA MORADA DO SOL SIA / SUS 32506394

Endereço: Rua T-8 Qd. 01 Lt. 09 Cond. Morada do Sol

Fone: 3524-3504

Horário de Atendimento – 8 às 17 horas de Segunda a Sexta

10) CENTRO DE SAÚDE FAMÍLIA NOVO PLANALTO SIA / SUS 32506742
Endereço: Rua VM-3C Qd. 91 Lt. M Setor Novo Planalto
Fone: 3595 – 5954
Horário de Atendimento – 8 às 17 horas de Segunda a Sexta

11) CENTRO DE SAÚDE FAMÍLIA SÃO CARLOS SIA / SUS 2506416
Endereço: Av. Rua SC 25 Qd. 26, Lt. 15 Área V, B. São Carlos
Fone: 3595 – 7849.
Horário de Atendimento – 8 às 17 horas de Segunda a Sexta

12) CENTRO DE SAÚDE FAMÍLIA JARDIM CURITIBA III SIA / SUS 2506408
Endereço: Rua JC 52 Qd. 109 A Lt. 29 – Jardim Curitiba III
Fone : 3524-1157
Horário de Atendimento – 8 às 17 horas de Segunda a Sexta

13) CENTRO DE SAÚDE FAMÍLIA BARRA VENTO SIA / SUS 3009882
Endereço: Rua Percival Xavier Rebelo Qd. 20 Lt. 08 Res. Barra Vento
Fone: 3524-1928
Horário de Atendimento – 8 às 17 horas de Segunda a Sexta

14) CENTRO DE SAÚDE FAMÍLIA VF 18 SIA / SUS 3009890
Endereço: Rua VF-18 Qd. 13 Lt. 09 Setor Finsocial
Fone : 3524-3505
Horário de Atendimento – 8 às 17 horas de Segunda a Sexta

15) CAIS DO FINSOCIAL SIA / SUS 32506335
End. Rua F-64, Qd.49, Vila Finsocial
Fone: 524-3530 / 3531 / 3531 / 3533
Horário de Atendimento - 7 às 19 horas de Segunda a Sexta
Urgência / Emergência - 24 horas todos os dias da semana

16) CAIS DO JARDIM CURITIBA SIA / SUS 32506688
End. Rua J-C, Área Verde, nº 13, Jd. Curitiba II, 1ª Etapa
Fone: 524-2560/524-2561/524-2562/298-1362
Horário de Atendimento - 7 às 19 horas de Segunda a Sexta
Urgência / Emergência - 24 horas todos os dias da semana

17) MATERNIDADE NASCER CIDADÃO SIA / SUS 32338564
Endereço: Av. Oriente, Área Reservada – Jardim Curitiba III
Fone : 298- 1214
Horário de Atendimento - 7 às 19 horas de Segunda a Sexta
Urgência / Emergência - 24 horas todos os dias da semana

18) UABSF JARDIM CURITIBA II
Rua JC – 6 Qd. 16 Lt. 15 Jd. Curitiba II

DISTRITO SANITÁRIO NORTE

End.: Av. Contorno Qd. 07-A Lt. 21, Jardim Guanabara
Fone: 3524-1886/1887/ Dengue: 35241878
Horário de Atendimento – 7 às 17 horas de Segunda a Sexta

01) CENTRO DE SAÚDE ITATIAIA **SIA / SUS 32664739**
 Rua R-12, Qd.11, s/n Conjunto Itatiaia
 Fone: 524-1820/524-1821 e 205-1902(público)
 Horário de Atendimento – 8 às 19 horas de Segunda a Sexta

02) CENTRO DE SAÚDE SÃO JUDAS TADEU **SIA / SUS 32339455**
 End.Av. Brasília s/n esq.c/ Santana – Bairro São Judas Tadeu
 Fone: 524-1845/1846
 Horário de Atendimento – 8 às 17 horas de Segunda a Sexta

03) CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA - DISTRITO DE VILA RICA
SIA / SUS 32653885
 End: Rua: Principal S/N / Distrito de Vila Rica
 Fone: 3524-1885
 Horário de Atendimento – 8 às 17 horas de Segunda a Sexta

04) CENTRO DE SAÚDE JARDIM GUANABARA III **SIA / SUS 32339471**
 Rua GB- 14, esq. c/GB-37, Qd. 61, Lt. 17 Jardim Guanabara
 Fone: 3524-5050 e 3524-5051
 Horário de Atendimento – 8 às 19 horas de Segunda a Sexta

05) CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA – GUANABARA I **SIA / SUS 32653869**
 End: Av. Contorno 07 Lt. 01 02 Jd. Guanabara I
 Fone: 3524-1885
 Horário de Atendimento – 8 às 17 horas de Segunda a Sexta

06) CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA – CACHOEIRA DOURADA
SIA / SUS 3009874
 End: Rua Cachoeira Dourada Qd. 86 Lt. 08 Cachoeira Dourada
 Fone: 524-1889
 Horário de Atendimento – 8 às 17 horas de Segunda à Sexta

07) CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA – VALE DOS SONHOS
SIA / SUS 2653877
 End: Rua Leonardo Passini Qd. 35 Lt. 17 Vale dos Sonhos
 Fone: 524-5002
 Horário de Atendimento – 8 às 17 horas de Segunda a Sexta

DISTRITO SANITÁRIO OESTE

End.: Rua Padre Monte Qd. 27 Lt. 12 Bairro Goiá
 Fone: 3524-1695 / 3296 - 6116 / P. Com. 3296-6116
 Horário de Atendimento – 7 às 17 horas de Segunda a Sexta

01) CENTRO DE SAÚDE PARQUE INDUSTRIAL JOÃO BRAZ
SIA / SUS 32339390
 Rua Rodrigues Alves, esq.c/ Rua Olímpia – Parque Industrial João Braz
 Fone: 524-1912 e 3573-6056
 Horário de Atendimento – 7 às 19 horas de Segunda a Sexta

02) CENTRO DE SAÚDE CONJUNTO VERA CRUZ II **SIA / SUS 32339439**
 Av. Leopoldo de Bulhões, s/n, Conjunto Vera Cruz II

Fone:3524-2410/3294-1634/3524-2411

Horário de Atendimento – 7 às 19 horas de Segunda a Sexta

03) CENTRO DE SAÚDE CONJUNTO VERA CRUZ I

SIA / SUS 32339420

Av. Eunice Weaver, Qd. 32-C 1ª Etapa, Conjunto Vera Cruz

Fone: 3524-2555 / 3298-5833

Horário de Atendimento – 7 às 19 horas de Segunda a Sexta

04) CAIS BAIRRO GOIÁ

SIA / SUS 32339447

Av. Santa Maria, s/n, Chácara Santa Rita, Bairro Goiá

Fone: 3524-8200/3524-8201/3524-8202/296-2555 (Laboratório 3296-3437)

Horário de Atendimento – 7 às 19 horas de Segunda a Sexta

Urgência / Emergência - 24 horas todos os dias da semana

05) CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA – GOIÂNIA VIVA

SIA / SUS 32506718

End: Rua 6V 17 – A Qd. 46, Casa da Chácara Taquaral

Fone: 3524-2521

Horário de Atendimento – 8 às 17 horas de Segunda a Sexta

DISTRITO SANITÁRIO SUDOESTE

End.: Av. Itália Qd. 122 Lt. 02 Jardim Europa

Fone: 3524-1635/1636

Horário de Atendimento – 7 às 19 horas de Segunda a Sexta

CENTRO DE SAÚDE PARQUE ANHANGUERA

SIA / SUS 32339366

Rua Machado de Assis, Qd. 02-A Lt. Área Bairro Anhangüera

Fone: 3524-1670/1671

Horário de Atendimento – 7 às 19 horas de Segunda a Sexta

01) CENTRO DE SAÚDE JARDIM VILA BOA

SIA / SUS 32339358

Rua Almirante Barroso esq.c/ Castro Alves/Barão Rio Branco – Jardim Vila Boa

Fone: 3524-1680 / 3289-2492 P. Comunitário / 3290-6092

Horário de Atendimento – 7 às 19 horas de Segunda a Sexta

02) CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA – SETOR ANDRÉIA CRISTINA

SIA / SUS 32653907

End.: Av. Bartolomeu Qd. 01 Lt. 13 – S. Andréia Cristina

Fone: 3288-4365

Horário de Atendimento – 8 às 17 horas de Segunda a Sexta

03) CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA – JARDIM CARAVELAS

SIA / SUS 32506912

End.: Rua 12 Qd. 07 Lt. 15 – Jardim Caravelas

Fone: 3588-5988

Horário de Atendimento – 8 às 18 horas de Segunda a Sexta

04) CENTRO DE SAÚDE VILA MAUÁ

SIA / SUS 32339374

Av. das Bandeiras, Qd. 35, Lts. 11 e 12 – Vila Mauá

Fone: 3524-1640/3524-1641/3287-0626 P. Comunitário

Horário de Atendimento – 7 às 19 horas de Segunda a Sexta

05) CENTRO DE SAÚDE VILA UNIÃO SIA / SUS 32339641

Rua U-47, s/n, Vila União
Fone: 3524-1620 / 1622 / 3287-1902 P. Comunitário
Horário de Atendimento – 7 às 19 horas de Segunda a Sexta

06) CIAMS NOVO HORIZONTE SIA / SUS 0000370

Av. Engenheiro José Martins Filho, s/n, - St. Novo Horizonte
Fone: 3524-8220 / 3524-8221 / 3524-8222 / 3289-3210
Horário de Atendimento – 7 às 19 horas de Segunda a Sexta
Urgência / Emergência - 7 às 19 horas aos sábados e domingos

**07) CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA – RESIDENCIAL ITAIPU
SIA / SUS 32506939**

End.: Rua RJ 8 Com RI 31 Qd. 107 Lt. 20 Res. Itaipú
Fone: 578-3428 / 288-9211 P. Comunitário
Horário de Atendimento – 8 às 17 horas de Segunda a Sexta

08) CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA – GARAVELO B SIA / SUS 32673959

End.: Av. Central Qd. 56 Lt. 16 St. Garavelo B
Fone: 588-7115
Horário de Atendimento – 8 às 17 horas de Segunda a Sexta

**09) CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA – CONDOMÍNIO DAS ESMERALDA
SIA / SUS 32673940**

End.: Rua 30 Qd. 27 Lt. 07 Condomínio das Esmeraldas
Fone: 578-4488
Horário de Atendimento – 8 às 17 horas de Segunda a Sexta

10) CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA – MADRE GERMANA II

End.: Av. José Barbosa Reis Qd. 53 L. 01 Setor Madre Germana II
Fone: 578-7616
Horário de Atendimento – 8 às 17 horas de Segunda a Sexta

12) CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA – SANTA RITA

End.: Rua Americano do Brasil Qd.R-02 Área 06 Parque Santa Rita
Fone: 256-6233/ 256-5706

13)CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL BEIJA FLOR SIA / SUS 33049604

End.: Alameda Presidente Baldomis Chácara 7/8 Jardim Presidente
Fone: 3524-1646
Horário de Atendimento – 7 às 19 horas de Segunda a Sexta

DISTRITO SANITÁRIO SUL / SUDESTE

End.: Rua C-221 esq.c/ C-224
Fone: 3524-1610/1632
Horário de Atendimento – 7 às 17 horas de Segunda a Sexta

01) CENTRO DE SAÚDE PARQUE ATHENEU SIA / SUS 32665239

Av. Parque Atheneu, Unid. 201 – Parque Atheneu
Fone: 3524-1605 / 3284-8121 Público Comunitário
Horário de Atendimento – 7 às 19 horas de Segunda a Sexta

- 02) CENTRO DE SAÚDE VILA REDENÇÃO** **SIA / SUS 32339544**
Rua 07, esq. c/Jardim Botânico – Vila Redenção
Fone: 3524-/3100/3101 / 3282-6669 Público Comunitário
Horário de Atendimento – 7 às 19 horas de Segunda a Sexta
- 03) CENTRO DE SAÚDE CHÁCARA DO GOVERNADOR** **SIA / SUS 32339552**
Rua Piracanjuba, s/n Chácara do Governador
Fone: 3524-3108 / 3524-3107
Horário de Atendimento – 7 às 19 horas de Segunda a Sexta
- 04) CENTRO DE SAÚDE PARQUE AMAZÔNIA** **SIA / SUS 32339560**
Praça José Rodrigues de Moraes, s/n Parque Amazônia
Fone: 3524-2570/1708 e 3280-2112 Púb. Comunitário
Horário de Atendimento – 7 às 19 horas de Segunda a Sexta
- 05) CIAMS DO JARDIM AMÉRICA** **SIA / SUS 32339528**
Praça C-201, s/n, Jardim América
Fone: 3524-8210 / 3824-8211 e 3524-8212 / 8213
Horário de Atendimento – 7 às 19 horas de Segunda a Sexta
- 06) CIAMS SETOR PEDRO LUDOVICO/AMB. MUNIC. DE QUEIMADURAS** **SIA / SUS 32339633**
Av. 5ª Radial, Qd. 216-A, Lote 04, Setor Pedro Ludovico
Fone: 3524-1675 / 3524-1676 e 3524-1677 / 1672 laboratório
Horário de Atendimento – 7 às 19 horas de Segunda a Sexta
Urgência / Emergência - 7 às 19 todos os dias
- 07) CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA – JARDIM MARILIZA** **SIA / SUS 32665247**
End.: Av. Aristóteles Qd. 29 Lt. 08
Fone: 3901-1236
Horário de Atendimento – 8 às 17 horas de Segunda a Sexta
- 08) CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA – PARQUE ATHENEU** **SIA / SUS 32653842**
End.: Rua 10 Lt. 03 Unidade 205
Fone: 3284-8382
Horário de Atendimento – 8 às 17 horas de Segunda a Sexta
- 09) CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS VIDA)** **SIA / SUS 33024490**
End.: Rua 1129 Qd. 251 Lt. 18 St. Marista
Fone: 3524 – 1650 / 1651 / 28-3040
Horário de Atendimento – 8 às 17 horas de Segunda a Sexta
- AMBULATÓRIO MUNICIPAL DE PSIQUIATRIA** **SIA / SUS 32339587**
End.: Av. Jamel Cecílio (Antiga Av. 136) esquina c/ Rua 56, Jardim Goiás
Fone: 3524-1690/1665
Horário de Atendimento – 7 às 19 horas de Segunda a Sexta

APÊNDICE F

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está convidado (a) para participar, como voluntário (a), de uma pesquisa intitulada: “Diagnóstico situacional do processo gerencial desenvolvido pelos enfermeiros nos serviços da Rede Básica de Saúde em Goiânia-GO.”, sob a responsabilidade da Professora Claci Fátima Weirich Rosso. Trata-se de uma pesquisa de doutorado desenvolvida sob a orientação da Professora Dr^a. Denize B. Munari, ambas da Faculdade de Enfermagem/UFG.

O nosso objetivo geral é diagnosticar elementos do processo gerencial do enfermeiro da Rede Básica de Saúde no município de Goiânia-GO.

A pesquisa inclui etapas operacionais com encontros previamente marcados com data, hora e local adequados em que você irá participar juntamente com outras pessoas, quando abordaremos a temática gerenciamento de enfermagem. No momento das atividades, pretendemos registrar as etapas dependendo de seu consentimento. As informações obtidas serão utilizadas somente para esta pesquisa, não sendo incorporadas a bancos de dados.

Você não sofrerá riscos, prejuízos e não se sentirá constrangido ou desconfortável, tendo a liberdade de recusar ou retirar o consentimento a qualquer momento, sem que seja penalizado (a) por isto. Gostaríamos de esclarecer que não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação e nem despesas para você. Garantimos a privacidade e o sigilo de seu nome.

Entre os benefícios esperados existe o impacto direto dos indicadores para avaliação da ação gerencial do enfermeiro em saúde pública no processo gerencial e, por conseguinte na melhoria da qualidade da assistência prestada nas unidades da Rede Básica de Saúde em Goiânia. Ao mesmo tempo os resultados poderão subsidiar o ensino de Enfermagem no âmbito do gerenciamento em Saúde Pública e/ou Coletiva. Após ler com atenção este documento e ser esclarecido (a) sobre as informações nele contidas e concordar em participar do estudo, peço o favor de assinar esse documento que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, Profa. Claci Fátima Weirich Rosso, nos telefones (62) 3255-4469, 3521-1822. Em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: (62) 3269-8338, 3269-8426.

Pesquisadora: _____
Prof^a Claci Fátima Weirich Rosso

Eu, _____, RG _____,
CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar voluntariamente da pesquisa sinto-me devidamente informado e esclarecido pelo

pesquisador sobre a minha participação. Foi me garantido (a) que posso retirar este consentimento a qualquer momento, sem que eu sofra quaisquer penalidades.

Local e Data: _____

Nome do participante _____

Assinatura _____

Presenciamos a solicitação de consentimento e esclarecimentos sobre o aceite em participar da pesquisa.

Testemunhas:

Nome: _____ Assinatura _____

Nome: _____ Assinatura _____

ANEXO A



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REDE BÁSICA

Goiânia
O futuro se faz agora

Goiânia, 20 de setembro de 2006.

Do : Departamento de Rede Básica.

Para : Profa. Claci Fátima Weirich Rosso

Senhora Professora,

Esta tem por finalidade autorizar a realização do projeto de pesquisa da Professora Claci Fátima Weirich Rosso, da Faculdade de Enfermagem / UFG intitulado: "Diagnóstico situacional do gerenciamento dos Enfermeiros na Rede Básica de Saúde em Goiânia-GO". Esse projeto tem como objetivo Traçar um diagnóstico situacional do trabalho gerencial do enfermeiro na Rede Básica de Saúde no município de Goiânia – GO. O estudo se dará nos anos de 2006 e 2007 com enfermeiros gestores e coordenadores da Rede Básica, no horário de trabalho. Os resultados da pesquisa serão apresentados para os enfermeiros participantes da pesquisa e para a direção da Rede Básica de Saúde.

Atenciosamente,


Maria Cláudia Honorato S. Souza

Diretora do Departamento de Rede Básica/Secretaria Municipal de Saúde-
Goiânia.

ANEXO B



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA MÉDICA HUMANA E ANIMAL

PROCOLO CEPMHA/HC/UFG Nº 087/2006 Goiânia, 28/06/2006

INVESTIGADOR (A) RESPONSÁVEL (IES): Enf. Dra. Claci Fátima Weirich Rosso

TÍTULO: Indicadores para avaliação do gerenciamento em enfermagem na rede básica de saúde em Goiânia

Área Temática: Grupo III

Local de Realização: Secretaria Municipal de Saúde/Depto. de Rede Básica

Senhor (a) Pesquisador (a),

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal, após a análise, aprovou sem restrições, o projeto de Pesquisa acima referido, e o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes.

→ Não há necessidade de aguardar o parecer da CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para iniciar a pesquisa.

→ O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEPMHA/HC/UFG, relatórios trimestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusão(ões) e publicação(ões).

Prof. Joffre Rezende Filho
Coordenador do CEPMHA/HC/UFG

ANEXO C