

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
CURSO DE GESTÃO EM SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

Rafael Rodolfo Tomaz de Lima

GERÊNCIA DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE:
UM ESTUDO SOBRE PERFIL

Natal
2012

Rafael Rodolfo Tomaz de Lima

GERÊNCIA DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE:
UM ESTUDO SOBRE PERFIL

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade Federal do
Rio Grande do Norte como requisito
parcial para a obtenção do título de
bacharel em Gestão em Sistemas e
Serviços de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Janete Lima de Castro
Co - orientador: Prof. Me. Oswaldo Gomes Correa Negrão

Natal
2012

Rafael Rodolfo Tomaz de Lima

GERÊNCIA DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE:
UM ESTUDO SOBRE PERFIL

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade Federal do
Rio Grande do Norte como requisito
parcial para a obtenção do título de
bacharel em Gestão em Sistemas e
Serviços de Saúde.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Ma. Aldenisia Alves Albuquerque Barbosa – UFRN

Profa. Dra. Janete Lima de Castro – UFRN

Profa. Dra. Lenina Lopes Soares Silva – IFRN

Natal, 13 de dezembro de 2012.

AGRADECIMENTOS

Aos gerentes que se disponibilizaram para responderem o questionário. Se não houvesse a participação desses profissionais, este trabalho não teria sido realizado.

Ao professor Oswaldo Gomes Correa Negrão, que me auxiliou na elaboração do projeto de pesquisa e na elaboração do questionário utilizado nesse estudo.

À professora Janete Lima de Castro, que se dispôs a me orientar e de maneira atenciosa, acompanhou todo o processo de desenvolvimento do meu trabalho.

À professora Aldenisia Alves Albuquerque Barbosa e à professora Lenina Lopes Soares Silva por terem aceitado o convite para compor a banca de avaliação.

Muito obrigado!

RESUMO

Para que a Estratégia Saúde da Família (ESF) alcance o máximo de eficiência, eficácia e efetividade possível se faz necessário que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) possuam, dentre outras coisas, gerências profissionais qualificadas e que procurem, acima de tudo, garantir uma excelente prestação de serviço à saúde da população. Este trabalho, de natureza quanti e qualitativa, foi realizado na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Natal (RN) com o propósito de identificar o perfil dos gerentes das UBS com ESF dos distritos sanitários Norte I e Norte II. A atividade de campo consistiu na aplicação de questionários semi-estruturados, combinando perguntas abertas e fechadas. As UBS com ESF são gerenciadas, em sua maioria, por profissionais do sexo feminino (69%), com faixa etária entre 50 e 59 anos (46%). Quanto ao nível de escolaridade dos gerentes, todos os entrevistados (100%) possuem nível superior de ensino, sendo que deste total, 31% possui apenas graduação e 69% possui pós-graduação do tipo *Lato Sensu*. Dentre os respondentes, 69% estão assumindo o cargo pela primeira vez e 84% teve a indicação do gerente distrital como o único critério utilizado para a ocupação do cargo. A falta de apoio institucional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a falta de autonomia e a gerência de pessoal são as principais dificuldades relatadas pelos gerentes para exercerem a função. Acredita-se que estudos sobre perfis profissionais, como este, pode auxiliar na definição de critérios para a ocupação dos cargos e para a elaboração de políticas de valorização profissional e de educação permanente.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Gestão de Unidades Básicas de Saúde. Perfil profissional.

ABSTRACT

For the Family Health Strategy (FHS) reach maximum efficiency, efficacy and effectiveness possible it is necessary that the Basic Health Units (BHU) have, among other things, management and qualified professionals who seek, above all, ensure excellent service delivery to the population's health. This study is qualitative and quantitative in nature, and was held in the Municipal Health Department (MHD) of Natal (RN) in order to identify the profile of the managers of BHU with FHS health districts in North I and North II. The field activity consisted in the application of semi-structured questionnaires, combining open and closed questions. The BHU with FHS are managed mostly by female professionals (69%), aged between 50 and 59 years (46%). Regarding the level of education of managers, all respondents (100%) have higher level of education, and of this total, 31% hold graduate and only 69% have postgraduate type *Sensu Lato*. Among the respondents, 69% are taking over first and 84% had an indication of the district manager as the sole criterion for filling the post. Lack of institutional support of the MHD, lack of autonomy and management personnel are the main difficulties reported by managers to exercise the function. It is believed that studies on professional profiles, as this may help in defining the criteria for the assignment of jobs and the development of policies for professional development and continuing education.

Keywords: Family Health Strategy. Management of Basic Health Units. Professional profile.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. METODOLOGIA	11
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	13
4. CONSIDERAÇÕES	19
REFERÊNCIAS	20

1. INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF), inicialmente reconhecida como Programa Saúde da Família (PSF), teve a sua origem no ano de 1991, quando o Ministério da Saúde criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O PACS teve a sua orientação inicial voltada para o combate da epidemia de cólera (SANTANA *et al.*, 2010a) e para a redução da mortalidade infantil e materna nas regiões mais pobres do Brasil (Norte e Nordeste), através da expansão da cobertura dos serviços básicos de saúde (ROSA; LABATE, 2005).

Vale ressaltar que quatro anos antes da iniciativa do Ministério da Saúde, o estado do Ceará já vinha desenvolvendo um trabalho com a mesma nomenclatura do PACS. Porém, a proposta cearense envolvia a participação social local e o enfoque das ações era na promoção da saúde, e não especificamente na prevenção de algumas doenças e agravos, conforme ressalta Santana *et al.* (2010a).

Tendo como base a experiência cearense, o Ministério da Saúde decidiu reavaliar o PACS, compreendendo a importância dos agentes comunitários de saúde na atenção básica. A partir desse momento, o PACS toma uma dimensão nacional e a família passa a ser o enfoque principal das ações programáticas de saúde nos municípios, criando a noção de cuidado e cobertura por família, e não somente por indivíduo (VIANA; DAL POZ, 1998).

Diante da ideia de “olhar a família” e baseando-se no acúmulo de experiências exitosas do PACS e dos modelos assistenciais de alguns países, tais como Canadá, Inglaterra, Suécia e Cuba, o Ministério da Saúde toma a iniciativa de reorientar a assistência do Sistema Único de Saúde (SUS), na tentativa de inverter o modelo biomédico e hospitalocêntrico para um modelo regido pelas ações da atenção básica (MACEDO *et al.*, 2010).

Para conseguir tal mudança, foi preciso, segundo Rosa e Labate (2005), incorporar novos profissionais para que os agentes comunitários de saúde não trabalhassem de maneira isolada, constituindo equipes multiprofissionais e ampliando o olhar sobre o cuidado à saúde. Por consequência, em 1994 o PSF foi legitimamente criado, sendo considerado como uma derivação do PACS. Juntos,

esses dois programas passam a representar a atenção primária à saúde no país (BRASIL, 1997).

Tendo como premissa os princípios da promoção e proteção à saúde, e da prevenção de agravos, seja no âmbito individual ou coletivo, o PSF tornou-se eixo estruturante dos sistemas municipais de saúde, passando a se chamar ESF no ano de 2006. A sua implantação em todo o território nacional foi efetivamente induzida pelos incentivos financeiros intergovernamentais da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96) (SANTANA *et al.*, 2010b).

De acordo com a Portaria nº 2.488 GM/MS, de 21 de outubro de 2011, a ESF é a principal porta de entrada e meio de comunicação do usuário com a rede de atenção à saúde. O cuidado integral realizado pela equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, odontólogo, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde) em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com ESF, ou no domicílio dos usuários, é capaz de valorizar a singularidade e a inserção sócio-cultural de cada sujeito produzindo um vínculo entre o serviço e o usuário.

Em Natal (RN), a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) desde a sua criação, através da Lei n.º 3.394, de 21 de janeiro de 1986, optou por garantir uma assistência à saúde voltada para as ações da atenção básica, sendo desenvolvidas por equipes de caráter multiprofissional (MASSUD, 2001).

Nos primeiros anos da SMS, a rede de atenção básica era composta por sete UBS: UBS Bela Vista, UBS Igapó, UBS Nazaré, UBS Aparecida, UBS Mirassol, UBS Pajuçara e UBS Frigonat (atualmente conhecida como UBS Monte Líbano), construídas com recursos próprios do município e que atuavam sob a lógica de definição de uma área de abrangência, anterior ao que foi preconizado pelo Ministério da Saúde para a ESF. Com o avanço do processo de municipalização no início dos anos 90, ocorreu o repasse de 27 UBS da Secretaria de Estado da Saúde Pública (SESAP) para a SMS (MASSUD, 2001).

As ações da ESF, como afirma Rocha (2000), foram implantadas em Natal no ano de 1997. Ainda segundo a autora, as primeiras UBS com ESF foram instaladas no distrito sanitário Oeste, devido às más condições sócio-sanitárias encontradas neste território, como também a pouca existência de serviços de saúde neste distrito.

Para organizar a atenção básica, foi criada em 06 de outubro de 2005 a Lei Complementar n.º 62, que garantiu a ESF como eixo estruturante do SUS em Natal, definindo as atribuições dos profissionais das equipes e da coordenação municipal da ESF.

Entretanto, um estudo realizado por Rocha *et al.* (2006) revelou que a ESF no município não tem funcionado de maneira eficaz no que diz respeito aos princípios e diretrizes preconizados pelo Ministério da Saúde, principalmente no que se refere ao acesso do usuário à UBS com ESF, que vem tornando-se cada vez mais difícil.

Atualmente, de acordo com os dados divulgados pela coordenação municipal, o nível de cobertura da ESF em Natal é inferior a 40%. Ao todo, existem 116 equipes de Saúde da Família distribuídas em 37 UBS com ESF. Desse total de equipes, 54 equipes estão incompletas, mais especificamente sem o profissional médico, comprometendo a resolutividade de alguns problemas e ocasionando insatisfação de outros profissionais da equipe e de usuários.

Apesar dos importantes avanços da atenção básica à saúde, alguns impasses e problemas ainda persistem e precisam ser discutidos para que soluções sejam encontradas. Dentre esses principais problemas, destacam-se a formação inadequada dos profissionais para atuarem na ESF e a frágil definição de critérios técnicos e compromissos sociais para a escolha e atuação dos gerentes dos serviços básicos de saúde (BRASIL, 2010).

Para que a ESF alcance o máximo de eficiência, eficácia e efetividade possível é preciso que as UBS possuam, dentre outras coisas, gerências profissionais qualificadas e que procurem, acima de tudo, garantir uma excelente prestação de serviço à saúde da população.

Com o incremento do processo de municipalização e de descentralização do SUS, a capacidade gerencial de unidades de saúde entrou em questão e passou a ser definida como um dos fatores limitantes para a melhoria da produtividade e da qualidade da prestação de serviços na atenção básica (BRASIL, 1995).

Portanto, se faz necessário que as UBS sejam gerenciadas por profissionais capacitados, na perspectiva que o trabalho seja realizado de forma reflexiva – ação e reflexão, diferentemente do trabalho de tomar conta, fundamentado somente no cumprimento de atividades administrativas e burocráticas (BRASIL, 1995).

De acordo com Castro e Castro (2001), um bom gerente de qualquer serviço de saúde é aquele comprometido com os objetivos finais da organização em que atua, sendo capaz de desenvolver de maneira pertinente as suas habilidades e seus conhecimentos gerenciais.

Na ESF, o gerente qualificado é aquele que além de possuir conhecimento técnico, deve estar atento para a dinâmica sociocultural do território em que o serviço de saúde está inserido. Ademais, deve atuar na perspectiva de desenvolver uma gestão democrática e participativa, abordando e resolvendo problemas inerentes à comunidade (FERNANDES *et al.*, 2009).

Todavia, em todo o país a capacidade gerencial de unidades de saúde da rede de atenção básica, que façam parte da ESF, ou não, é cada vez mais insatisfatória, sendo atrelada com o sucateamento de equipamentos e com a pouca qualificação dos recursos humanos (RAMIRES *et al.*, 2004). Ferreira (2004) ressalta que essa situação torna-se ainda mais grave devido à inexistência de autonomia gerencial que na maioria das vezes ocasiona a improvisação na tomada de decisões.

A importância da ESF para a política de saúde nacional justifica a realização do presente estudo, que tem o propósito de conhecer quem são os profissionais que estão gerenciando as UBS com ESF no município de Natal.

O seu objetivo consiste em identificar o perfil desses gerentes, conhecer as suas atribuições e quais as dificuldades para desempenhá-las, verificar quais são as competências e habilidades exigidas para o desempenho de suas funções, de acordo com a percepção do ator entrevistado e, por fim, pretende-se comparar o perfil encontrado com o idealizado pelos mesmos.

2. METODOLOGIA

A pesquisa de natureza quanti e qualitativa foi realizada na Secretaria de Saúde do município de Natal. O público alvo foi composto pelos gerentes das unidades da rede de atenção básica, que possuem ESF, nos distritos sanitários Norte I e Norte II. Nesta pesquisa, o termo gerente é referente ao cargo de diretor.

A escolha das UBS com ESF nestes dois distritos sanitários é justificada por três pontos fundamentais: a) por terem sido pioneiros na formulação de critérios para a ocupação dos diretores nas unidades de atenção básica, b) por concentrarem o maior número de UBS com ESF em Natal, e c) por parte dessas unidades de saúde funcionar como campo de estágio para o curso de graduação em Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde - UFRN.

Para a atividade de campo, foram viabilizados contatos prévios com os gerentes das UBS com ESF, na tentativa de discutir a importância do estudo, bem como para definir a data e o local de aplicação do instrumento a ser utilizado. A operacionalização ocorreu entre os meses de julho e agosto de 2012, através da aplicação de questionários semi-estruturados, combinando perguntas abertas e fechadas.

Do total de 21 UBS com ESF que compõem os distritos sanitários Norte I e Norte II, foram visitadas 13 unidades, e, por conseguinte, entrevistados 13 gerentes. 04 unidades não possuíam gerentes, somente administradores, e em outras 04 não foi possível manter contato prévio, pois nelas não havia linha telefônica no período de operacionalização da atividade de campo.

A análise dos dados coletados ocorreu de duas maneiras. Na análise dos dados qualitativos os significados das respostas foram interpretados com base no método da *Análise de Conteúdo* (BARDIN, 1977). Quanto aos dados quantitativos, a análise se deu através da construção de um banco de dados no programa *Microsoft Office Excel*, versão 2007. Esse banco permitiu caracterizar o perfil dos gerentes que compõem o público alvo desta pesquisa.

Para a validação dos instrumentos, foi realizado um estudo piloto com os gerentes das UBS com ESF do distrito sanitário Leste de Natal no mês de junho do corrente ano. Vale salientar que esta pesquisa teve como base a Resolução 196/96

do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto dessa pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL/UFRN), sob o CAAE n.º 02177112.9.0000.5292.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise feita com os dados encontrados na pesquisa, percebe-se que boa parte das UBS com ESF investigadas no município de Natal é gerenciada por profissionais do sexo feminino (69%), com faixa etária entre 50 e 59 anos (46%).

Nas duas últimas décadas, o mercado de trabalho e, por conseguinte, o SUS, passou por diversas transformações. Dentre estas, destaca-se o aumento da inserção da mulher no mercado de trabalho, representando uma significativa expansão e contribuição para uma melhor compreensão das especificidades do setor saúde (WERMELINGER *et al.*, 2010).

De acordo com Machado *et al.* (2011), atualmente 70% da força de trabalho em saúde no nosso país é composta por mulheres. Ainda segundo a autora, estudos revelam que no Brasil essa mudança é de forte impacto, principalmente nas profissões mais tradicionais, como a Medicina e a Odontologia. Na Medicina, por exemplo, na década de 1970 as mulheres representavam 11% da categoria, nos anos 90 já eram 33%, e estima-se que nos próximos vinte anos, as mulheres possam representar 50% da profissão médica.

Não diferentemente das profissões que estão diretamente ligadas com a assistência prestada aos usuários, os cargos administrativos e gerenciais do setor também são predominantemente ocupados por profissionais do sexo feminino. Segundo Moreno *et al.* (2011), as mulheres representam cerca de 79%, contra 21% de representação masculina.

Quanto ao nível de escolaridade dos gerentes, todos os entrevistados (100%) possuem nível superior de ensino, sendo que deste total, 31% possui apenas graduação e 69% possui pós-graduação do tipo *Lato Sensu*. Entre os graduados, 39% possui formação em cursos do campo das Ciências Sociais, enquanto que 23% possui formação no campo das Ciências da Saúde. Dentre os pós-graduados, 45% possui pós-graduação no campo das Ciências Sociais e 33% no campo das Ciências da Saúde.

Apesar de uma pequena representatividade quanto à graduação e à pós-graduação destes gerentes na área da saúde, sendo identificada somente uma especialização voltada para a gestão dos serviços do SUS (Curso Nacional de

Qualificação dos Gestores do SUS – ENSP/FIOCRUZ), é importante ressaltar que todos possuem nível superior. Sendo assim, essa parcela de trabalhadores acompanha a tendência nacional do mercado de trabalho da saúde, que com o passar do tempo está elevando cada vez mais o nível de escolaridade dos seus profissionais. De acordo com Machado *et al.* (2011), estima-se que no Brasil cerca de 45% do setor saúde é composto por trabalhadores com nível superior.

Ademais, o fato destes gerentes já possuírem nível superior, torna-se um facilitador, e ao mesmo tempo incentivador, para a implantação de políticas de educação permanente. Sabe-se que hoje em dia, uma das exigências do mercado de trabalho é a mão-de-obra qualificada, principalmente para a gerência dos serviços de saúde, sejam eles de caráter público ou privado.

A inserção de novas tecnologias, dentre outros fatores, no processo de trabalho desenvolvido no interior dos serviços de saúde, desencadeia a busca por um novo perfil profissional. Os trabalhadores devem estar adaptados às mudanças do setor, bem como conscientes de que terão as suas atribuições específicas ampliadas, sendo exigidos cada vez mais (MACHADO *et al.*, 2011).

Dessa forma, o processo de trabalho desenvolvido pela equipe de Saúde da Família no nível de atenção que é caracterizado como porta de entrada do SUS, estaria sendo coordenado por um profissional preparado para garantir a organização do serviço. Bem como, preparado para garantir de maneira eficiente a assistência à saúde da população.

Em Natal, a qualificação profissional para os gerentes de UBS com ESF é uma necessidade referida pelos próprios, como afirma o entrevistado n.º 21:

A SMS deveria ter a sensibilidade de capacitar os gerentes, para que sejamos facilitadores entre a macro gestão (nível central) e a gestão local (atenção básica).

Na maioria dos relatos (84%), o critério utilizado para a ocupação do cargo foi a indicação do gerente distrital. Do total, 69% estão assumindo o cargo pela primeira vez. Desse quantitativo, 31% estão assumindo o cargo há mais de cinco anos, e 46% tem o tempo de exercício equivalente entre menos de um ano e dois anos. De

acordo com os mesmos, a SMS não ofertou nenhum processo capacitatório para que eles pudessem estar assumindo o cargo de gerente nas UBS com ESF.

As novas modalidades de cuidado, tais como o *home care* e a própria ESF, que são resultados das transformações ocorridas no mercado de trabalho da saúde, abrem caminhos para diversas formas de empregabilidade, na maioria das vezes com vínculos precários.

Segundo Girardi *et al.* (2010), no ano de 2006 cerca de 20% a 30% de todos os trabalhadores inseridos na ESF apresentavam vínculos precários de trabalho, gerando uma alta rotatividade e insatisfação profissional, comprometendo a dedicação dos trabalhadores e a qualidade dos estabelecimentos.

Atualmente em todo o território nacional, como enfatiza Machado *et al.* (2011), a precariedade dos vínculos empregatícios chega a atingir metade, ou mais da metade, dos trabalhadores da esfera municipal, sobretudo no que se refere aos médicos da ESF.

Diferentemente desta realidade, os gerentes das UBS com ESF do município de Natal abordados durante o desenvolvimento desta pesquisa, revelaram possuir uma forma de contratação estável. Todos os entrevistados (100%) informaram ser estatutários.

Ao serem questionados sobre as suas atribuições, percebeu-se que os gerentes não possuem muito clareza quanto as suas definições. Primeiro porque não há um documento organizado pela SMS que defina as atribuições específicas desses profissionais, e segundo porque de acordo com os entrevistados, eles desempenham diversas funções no dia-a-dia.

O número insuficiente de pessoal nas UBS com ESF faz com que os gerentes se desdobrem na tentativa de garantir a organização do serviço. De acordo os mesmos, há um acúmulo de atividades pela falta de um auxiliar administrativo, em alguns casos também não há administrador, e de profissionais para desempenhar funções específicas, como um arquivista e um regulador para exames e consultas especializadas.

Na falta desses profissionais, os gerentes acabam desempenhando também essas funções, como podemos ver no relato dos entrevistados n.º 03 e n.º 17:

Eu aqui na unidade faço de tudo um pouco. Eu faço o gerenciamento de pessoal, organizo os relatórios com as informações que devem ser entregue para o nível central da SMS e coordeno e participo das reuniões das equipes. Além de ser reguladora, administradora, farmacêutica, telefonista, digitadora, motorista, faço manutenção na infraestrutura da UBS, atuo como assistente social e ainda faço a entrega do leite.

Segundo os entrevistados, dentre as suas atribuições destaca-se o gerenciamento de materiais e insumos, a organização de reuniões para a avaliação contínua do processo de trabalho e o gerenciamento de pessoal. André e Ciampone (2007), afirmam que essas atribuições são inerentes ao modelo tradicional de administração e de assistência à saúde, onde os cargos gerenciais atuam sob a lógica do exercício de atividades exclusivamente burocráticas. Com isto, os gerentes desenvolvem um papel controlador e centralizador, tendo as suas visões limitadas e totalmente voltadas para dentro dos serviços de saúde.

O gerenciamento de pessoal, definido como uma atribuição, também é destacado nesta pesquisa como uma das principais dificuldades encontradas pelos gerentes para desempenharem as suas funções. Eles alegam que há uma dificuldade para articular e para negociar com os profissionais, principalmente com os que possuem dupla jornada de trabalho. Há também a falta de compromisso dos profissionais perante os usuários, pois alguns possuem resistência e não conseguem se adaptar as mudanças do serviço, bem como não querem exercer as suas reais atribuições.

Sabe-se, conforme Santana (1999), que o sucesso de qualquer organização de saúde depende do desempenho individual e da dedicação de cada profissional. Se situações semelhantes a estas, de desinteresse profissional e de desinteresse com a coletividade ocorrem, cabe ao gerente exercer o seu papel de líder, articulando, orientando e estimulando os trabalhadores para que os mesmos se sintam valorizados e desempenhem um bom trabalho (ANDRÉ; CIAMPONE, 2007).

Além disso, há a escassez de recursos humanos. Tanto na área administrativa, como foi mencionado anteriormente, como na área assistencial, principalmente de profissionais médicos. Vilar *et al.* (2011), ressalta que a ausência do médico nas equipes de Saúde da Família em Natal, como de outros profissionais, faz com que o processo de trabalho desenvolvido na ESF não se torne eficaz.

Outras dificuldades enfrentadas pelos gerentes referem-se à falta de apoio institucional da SMS, sobretudo da coordenação municipal da ESF e da gerência distrital; e a falta de autonomia devido à centralização da tomada de decisões e ao excesso de burocracia existente na SMS. O atual modelo de gestão altamente rígido e verticalizado encontrado no nível central dessa instituição de saúde, bem como nos seus estabelecimentos, é decorrente da administração pública implantada em meados do século XIX, cujos princípios norteadores foram a impessoalidade, o formalismo, o controle rígido dos processos administrativos, entre outros (CASTRO, 1999).

Ainda segundo Castro (1999), a máquina pública não vem acompanhando as transformações e inovações que ocorrem no mundo, tornando-se cada vez mais lenta e ineficiente. Em decorrência disso, as organizações públicas perderam a noção do seu principal objetivo, que é dar respaldo às necessidades da sociedade. Na área da saúde, isso implica diretamente na qualidade da assistência ofertada à população.

As más condições de trabalho, devido à falta de manutenção da estrutura física das UBS com ESF, como também dos equipamentos; e a falta de informatização (computadores e *internet*) para a operacionalização das ações em saúde, também foram dificuldades ditas pelos gerentes durante a realização desse estudo. Apesar disso, a maioria (77%) afirma estar plenamente satisfeita com o trabalho que desenvolve na sua função de gerente.

Quando questionados sobre as habilidades e competências que um gerente de uma UBS deve ter, os entrevistados afirmaram o seguinte:

O gerente deve estar capacitado, e principalmente, ter bastante experiência acumulada no exercício da função para lidar com as dificuldades e responsabilidades da UBS. O gerente deve ter um conhecimento básico sobre Saúde Pública, deve ter “jogo de cintura” para negociar e resolver problemas dos profissionais e usuários. Além de desempenhar o seu papel de líder: ser articulador, flexível, coordenar e ter autonomia (entrevistados n.º 03, n.º 12 e n.º 18).

Diante do discurso acima, percebe-se que o perfil do gerente idealizado pelos entrevistados está em discordância com o perfil do gerente encontrado nesse

estudo. Os atuais gerentes, como já foi dito, em sua maioria não possuem uma capacitação específica para estarem gerenciando um serviço de saúde, como uma UBS com ESF.

Ademais, não atuam como bons líderes, pois não conseguem articular e negociar com os profissionais das equipes de Saúde da Família, sendo esse uma das principais dificuldades encontradas. Além disso, não possuem autonomia suficiente para gerenciar as unidades como um todo, devido ao modelo de gestão existente na SMS.

4. CONSIDERAÇÕES

Finalizando, considera-se que estudos sobre perfis profissionais, assim como este, é capaz de ajudar na formulação de critérios para a ocupação dos cargos e para a criação de políticas de valorização profissional, ou de educação permanente.

No ano de 1993, o projeto de Desenvolvimento Gerencial de Unidades de Saúde do SUS (GERUS), proposto pelo Ministério da Saúde, foi criado para a qualificação técnica e administrativa dos gerentes das UBS, aumentando a capacidade gerencial para conseguir mudanças nas práticas sanitárias e de atenção à saúde.

A partir disto, experiências exitosas foram alcançadas, inclusive no município de Natal. Na atual conjuntura política do SUS, onde a atenção básica e a ESF são o eixo estruturante das formas de cuidado, inclusive sendo base para a organização das redes de atenção à saúde (RAS), tais como a Rede Cegonha e a Rede de Atenção à Saúde Mental, processos de capacitação semelhantes ao GERUS devem ser implantados na tentativa de garantir a organização da assistência.

Para tal, devem-se buscar parcerias com as demais instituições de saúde (SESAP e/ou Ministério da Saúde), e com as instituições de ensino superior. Contudo, também deve haver uma mudança no atual modelo de gestão encontrado no nível central da SMS e nos seus estabelecimentos de saúde.

Deve ser implantada uma forma de gestão que abra espaço para as discussões coletivas no processo de trabalho, resolvendo problemas e satisfazendo profissionais e usuários, configurando-se como uma gestão efetivamente participativa. Além de romper com a verticalização das ações, dando autonomia aos gerentes e implantando o planejamento local.

5. REFERÊNCIAS

ANDRÉ, A.M.; CIAMPONE, M.H.T. Desafios para a gestão de unidades básicas de saúde. *Revista de Administração em Saúde*, v.9, n.34, p.16-21, 2007.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa - Portugal: Edições 70, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário – Projeto GERUS*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1995.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *Cadernos HumanizaSUS: atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde (2011). Portaria n.º 2.488.

CASTRO, J.L. Gerência de pessoal nos serviços de saúde. In: SANTANA, J.P.; CASTRO, J.L. (org.). *Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde – CADRHU*. Natal: EDUFRN, 1999.

CASTRO, J.L.; CASTRO, J.L. *Estudo do perfil dos gerentes dos hospitais públicos do Rio Grande do Norte*. Natal: Observatório RH-NESC/UFRN, 2001. Disponível em: <http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/perfil_t04.htm>. Acesso em: 17 jun. 2012.

FERNANDES, L.C.L.; MACHADO, R.Z.; ANSCHAU, G.O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.14, n.1, p.1541-1552, 2009.

FERREIRA, A.S. Competências gerenciais para unidades básicas do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.9, n.1, p.69-76, 2004.

GIRARDI, S.; CARVALHO, C.L.; WAN DER MASS, L.; FARAH, J.; ARAÚJO, J.F. O trabalho precário em saúde: tendências e perspectivas na Estratégia Saúde da Família. *Divulgação em Saúde para Debate (Série Gestão do Trabalho – I)*, n.45, p.11-23, 2010.

MACEDO, M.R.C.; MACEDO, I.M.H.; GUERRA, R.O.; FRANÇA, M.C. *Qualidade de vida e saúde mental em Natal: uma contribuição para as políticas de saúde mental e atenção básica do SUS*. Relatório Final. Natal: UFRN, 2010.

MACHADO, M.H.; OLIVEIRA, E.S.; MOYSES, N.M.N. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: PIERANTONI, C.R.; DAL POZ, M.R.; FRANÇA, T. (org.). *O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ObservaRH, 2011.

MASSUD, S.G. *Análise da política de gestão da atenção básica no município de Natal*. Monografia de Especialização em Saúde Pública, Natal: Departamento de Saúde Coletiva – UFRN, 2001.

MORENO, A.B.; ALMEIDA, A.R.M.; COSTA, L.; VIEIRA, M. Trabalhadores da saúde: diferenças de escolaridade entre o setor público e o privado. Um estudo a partir da PNAD – 2005. In: PIERANTONI, C.R.; DAL POZ, M.R.; FRANÇA, T. (org.). *O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ObservaRH, 2011.

NATAL. Secretaria Municipal de Saúde (2005). Lei Complementar n.º 62.

RAMIRES, E.P.; LOURENÇÃO, L.G.; SANTOS, M.R. Gerenciamento em unidades básicas de saúde: conhecendo experiências. *Arquivos de Ciências da Saúde*, v.11, n.4, p.205-209, 2004.

ROCHA, N.S.P.D. *Análise do PSF no município de Natal-RN: inovações assistenciais?* Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social - UERJ, 2000.

ROCHA, P.M.; UCHOA, S.A.C.; SOUSA, E.C.F.; ROCHA, N.D.S.; ESCODA, M.S.Q.; ROCHA, M.L.; PINHEIRO, T.X. *Pesquisa Avaliativa Estudos Linhas de Base – Lote 1 – Nordeste*. Relatório Final. Natal: NESC-UFRN, 2006.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v.13, n.6, p.1027-1034, 2005.

SANTANA, J.P. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. In: SANTANA, J.P.; CASTRO, J.L. (org.). *Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde – CADRHU*. Natal: EDUFRN, 1999.

SANTANA, J.P.; PIOLA, S.F.; VIANNA, S.M.; RODRIGUES, V.A.; RAMOS, Z.V.O. *Aspectos institucionais do emprego e da atividade do médico na atenção à saúde da família no Distrito Federal: estudo de caso nos setores público e privado*. Brasília: UnB/CEAM/NESP/ObserveRH, 2010a.

_____. *Caracterização do processo de trabalho em atenção básica/saúde da família: aspectos institucionais, do emprego e da atividade do médico nos municípios de Campo Grande/MS, Cuiabá/MT, Goiânia/GO e Palmas/TO*. Brasília: UnB/CEAM/NESP/ObserveRH, 2010b.

VIANA, A.L.D.; DAL POZ, M.R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Revista Saúde Coletiva*, v.8, n.2, p.11-48, 1998.

VILAR, R.L.A.; GERMANO, J.W.; GERMANO, R.M. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e a humanização: dilemas e desafios. *Saúde em Debate*, v.35, n.91, p.545-552, 2011.

WERMELINGER, M.; MACHADO, M.H.; TAVARES, M.F.L.; OLIVEIRA, E.S.; MOYSES, N.N.; FERRAZ, W. A feminilização do mercado de trabalho em saúde no Brasil. *Divulgação em Saúde para Debate (Série Gestão do Trabalho – I)*, n.45, p.54-70, 2010.