

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MARIA CLÁUDIA HONORATO DA SILVA E SOUZA

**ANÁLISE DA GESTÃO NOS DISTRITOS SANITÁRIOS EM GOIÂNIA-
UMA PROPOSTA DE DESCENTRALIZAÇÃO**

GOIÂNIA

2012

MARIA CLÁUDIA HONORATO DA SILVA E SOUZA

**ANÁLISE DA GESTÃO NOS DISTRITOS SANITÁRIOS EM GOIÂNIA-
UMA PROPOSTA DE DESCENTRALIZAÇÃO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Linha de Pesquisa: Gestão de Sistema e Processos Gerenciais nos Serviços de Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Claci Fátima Weirich Rosso

GOIÂNIA

2012

FOLHA DE APROVAÇÃO

MARIA CLÁUDIA HONORATO DA SILVA E SOUZA

ANÁLISE DA GESTÃO NOS DISTRITOS SANITÁRIOS EM GOIÂNIA - UMA PROPOSTA DE DESCENTRALIZAÇÃO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr^a Claci Fátima Weirich Rosso – Orientadora e Presidente
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva - Universidade Federal de Goiás

Prof. Dr^a Dais Gonçalves Rocha – Membro Externo
Universidade de Brasília

Prof. Dr^a Marta Rovey – Membro Efetivo
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva - Universidade Federal de Goiás

Prof. Dr^a Meire Incarnação Ribeiro Soares – Membro Suplente
Secretaria de Estado da Saúde/GO

Prof. Dr^a Marinésia Aparecida Prado – Membro Suplente
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva - Universidade Federal de Goiás

Dedico este trabalho, feito com muito esforço,

Ao Victor Augusto e Bárbara, pela alegria e orgulho de tê-los como meus filhos e de vivenciarem comigo a construção deste estudo.

Ao meu querido e saudoso pai Afonso que mesmo não estando mais presente fisicamente inspirou-me para a realização deste trabalho.

À minha querida e saudosa mãe que com seu exemplo de força e atitude ensinou-me a lutar por aquilo que acredito.

AGRADECIMENTOS

Ao meu bom **Deus**, a quem devo tudo que possuo, pela permissão de superar tantos obstáculos e pela doação dessa oportunidade tão importante para minha vida.

À **Profª Drª Claci Fátima Weirich Rosso**, amiga e orientadora, pela forma carinhosa e respeitosa com que conduziu a realização deste trabalho, fazendo-me perceber o meu crescimento e valorizando-o.

À **Profª Dra. Marta Roverly**, pelas sugestões e contribuições sempre pertinentes a este trabalho, por ter participado na minha qualificação e pela disponibilidade em participar da Banca Examinadora em minha Defesa Pública.

À **Profª Dra. Dais Gonçalves Rocha**, por ter aceitado tão gentilmente participar da Banca de Defesa, apesar de tantos compromissos. Sinto-me honrada com sua participação e contribuição.

À **Profª Dra. Marinésia Aparecida Prado**, por aceitar, de forma tão amável, participar da minha Banca de Defesa Pública e pela sua contribuição.

À **Profª Dra. Meire Incarnação Ribeiro Soares**, pela disponibilidade em participar da minha Banca de Defesa Pública.

Ao querido amigo e chefe, **Dr. Paulo Rassi**, por merecer sua confiança, pela colaboração e compreensão com a minha ausência em muitos momentos na Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia e, anteriormente, na Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

À colega e amiga, **Ms Enfª Patrícia Antunes de Moraes**, pelas contribuições e sugestões muito significativas, durante toda a construção deste estudo e no meu exame de qualificação.

Ao colega e amigo **Rafael Cardoso Martinez**, pela ajuda imprescindível na coleta de dados, sugestões e apoio incondicional em todas as etapas da realização deste trabalho.

Às bolsistas, **Samira Mamede Nascimento, Juliana Pires Ribeiro e Lorraine dos Santos Arraes**, obrigada pelo empenho na coleta de dados.

À **Thays Angélica de Pinho Santos**, pela digitação e tabulação dos dados.

À **Suiany**, pela prontidão em ajudar nas minhas dúvidas às questões burocráticas.

Às colegas de trabalho e amigas queridas, **Vânia Balestra e Emília Guaritá**, pela ajuda na obtenção dos dados, junto à Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, pelo acompanhamento e torcida durante todo o processo de realização deste estudo.

Aos **Gestores dos Distritos Sanitários**, que colaboraram com esta pesquisa enriquecendo-a com suas experiências e opiniões.

A todos os **colegas da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia** que me incentivaram nesta conquista, desde o início na construção do projeto para concorrer à vaga do mestrado e, depois, pela gentileza que me atenderam nas inúmeras solicitações de dados.

A todos os **colegas da Turma I do Mestrado Profissional** que colaboraram para meu enriquecimento pessoal e profissional e pelo acolhimento como colega mais velha.

Aos professores que muito contribuíram para meu crescimento e retomada dos meus estudos nesta fase da minha vida.

À **Celina Pereira**, pelo empenho e qualidade na revisão de minha dissertação. Muito obrigada.

Ao colega e amigo, **Marcelo Musa Abed**, pelo carinho e prontidão com que aceitou formatar e cuidar da apresentação da dissertação.

Aos **colegas da Diretoria de Atenção à Saúde da Secretaria Municipal de Aparecida de Goiânia**, pela compreensão das minhas constantes ausências e torcida para o êxito da realização deste trabalho.

À minha amada irmã, **Maria de Fátima**, que, mesmo morando distante, tão prontamente fez a tradução do meu resumo de forma precisa e competente.

Aos meus queridos irmãos, **Fernando Antônio e Maria Lídia** que mesmo à distância me incentivaram na concretização desta conquista.

Aos meus afilhados, **Marcela, Thais e André**, extensão do meu amor aos meus filhos, pelo carinho que sempre tiveram comigo.

SOUZA, MCHS. **Análise da gestão nos Distritos Sanitários em Goiânia – Uma proposta de descentralização** [Dissertação] Goiânia (GO): Mestrado Profissional Convênio Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Secretaria de Estado da Saúde (UFG/NESC/SES) Goiânia; 2012.

RESUMO

Os Distritos Sanitários são a extensão do nível central da Secretaria Municipal de Saúde no território das Unidades de Saúde e fazem parte do processo de descentralização da gestão municipal de saúde. Para o desenvolvimento da assistência, de forma contínua e com resolubilidade, é necessário que o gestor e a equipe das unidades e Distritos Sanitários conheçam os fluxos e as parcerias sejam estabelecidas e pactuadas. Neste estudo, tivemos como objetivo diagnosticar elementos do trabalho de gestão desenvolvido nos Distritos Sanitários na Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia – Goiás. Utilizamos a metodologia de pesquisa descritiva exploratória, realizada com profissionais da área de saúde que desenvolvem funções de diretores e supervisores dos sete Distritos Sanitários da Secretaria Municipal de Saúde no ano de 2011. Para a coleta de dados utilizou-se uma entrevista estruturada, organizada de forma que permitisse a sua análise no programa SPSS 15.0. Os dados foram codificados para proceder com a análise descritiva com base no referencial teórico. Este estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, sob Protocolo Nº: 031/2009. Participaram da pesquisa 20 gestores de diversas categorias profissionais que representam 95% dos diretores distritais na ocasião do estudo. Os resultados demonstram que a maioria dos gestores é do sexo feminino, possuem idade de 31 a 50 anos e se graduaram há mais de dez anos em universidades privadas. 80% possuem vínculo empregatício efetivo além, de 90% exercerem a gestão com dedicação exclusiva. A indicação política é o aspecto que influenciou em 55% dos cargos de gestão. Participaram em capacitações específicas para a gestão 80% dos gestores. Dentre as atividades de gestão consideradas importantes a gestão da equipe foi citada por muitos, enquanto o planejamento foi pouco valorizado. Pretendemos, a partir deste estudo, consolidar propostas de capacitações continuadas, reforçando aspectos apontados como fragilidades e aqueles imprescindíveis para uma boa gestão.

Palavras-chave: gestão em serviço de saúde; descentralização; saúde coletiva.

SOUZA, MCHS. **Analysis of management in Sanitary Districts in Goiânia-a proposal for decentralization** [Dissertation] Goiânia (GO): Professional Master's Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva and Secretaria de Estado da Saúde (UFG/NESC/SES) Goiânia; 2012.

ABSTRACT

The Sanitary Districts are the extension of the central level of the Municipal Health Department in the Health Units which are part of the process of decentralization of the municipal management. To develop assistance continuously in a solvable way it is necessary that the manager and the teams in the units and Sanitary Districts know about the flows, that partnerships are established and agreed upon. In this study we aimed to diagnose elements of the work developed in the management of the Sanitary District in the Municipal Health Department in Goiânia, Goiás. We used a descriptive exploratory research methodology with professionals working in the health field who carried out duties of directors and supervisors in the seven Sanitary Districts of the Municipal Health Department in 2011. A well-structured interview was used to collect data. Thus it was organized in a way that allowed its analysis in the SPSS 15.0 program. Data were coded to proceed with the descriptive analysis based on the theoretical frame of reference. This study was assessed and approved by the Ethics Committee for Human and Animal Research of the Clinical Hospital of the Federal University of Goiás, under Protocol number 031/2009. Twenty managers of various professional categories who represent 95% of the district directors, took part in the research at the time of the study. The results show that most managers are female between 31-50 years old, and are graduated from private universities for more than 10 years. 80% of them have active employment whereas 90% exert their management under exclusive dedication. The political appointment is the aspect which influenced 55% of the management positions. 80% of the managers participated in specific training in management. Amongst the management activities considered important, the team management was cited by many, whereas the planning was devalued. From this study we intend to consolidate proposals of ongoing training, reinforcing the aspects appointed as weak and those which are essential to good management.

Keywords: healthcare management; decentralization; public health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa do município de Goiânia com a divisão dos sete Distritos Sanitários de Saúde.....	50
Figura 2: Organograma simplificado da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, 2012.	53
Figura 3. Atividades de gestão consideradas de maior potencialidade e fragilidade pelos diretores dos DS. Goiânia-GO, 2011.....	69

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição dos cursos de qualificação para o desenvolvimento da gestão nos DS. Goiânia-GO, 2011.....	64
Gráfico 2: Distribuição das atividades consideradas de fundamental importância para a gestão em saúde, sob o ponto de vista dos gestores dos DS do município de Goiânia-GO, 2011.	67
Gráfico 3. Pontos de estrangulamento relatados pelos gestores dos DS do município de Goiânia-GO, 2011.	70
Gráfico 4: Distribuição quanto à motivação para a continuidade na gestão dos Distritos Sanitários. Goiânia-GO, 2011.	80

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição da população e Unidades de Saúde por DS, em Goiânia 2009	50
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização dos gestores dos Distritos Sanitários do município de Goiânia-GO, 2011.	60
Tabela 2: Categoria profissional dos gestores dos Distritos Sanitários da Secretaria Municipal de Saúde, Goiânia, 2011.....	62
Tabela 3: Distribuição quanto aos temas de conhecimento da política de cargos e salários pelos gestores dos DS. Goiânia-GO, 2011.....	72
Tabela 4: Distribuição quanto ao conhecimento pelos gestores de uma proposta de Educação Permanente por parte dos DS e nível central. Goiânia-GO, 2011.....	73
Tabela 5: Características profissionais e pessoais necessárias para o desenvolvimento do trabalho gerencial sob a ótica dos gestores dos DS do município de Goiânia-GO, 2011.	76

LISTA DE ABREVIATURAS

CAIS	Centro de Assistência Integral à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEPMHA	Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal
CIAMS	Centro Integral de Assistência Médico Sanitária
CIMP	Centro Integrado Médico-Pedagógico
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNQG/SUS	Curso Nacional de Qualificação dos Gestores do SUS
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CRASPI	Centro de Referência à Pessoa Idosa
CRDT	Centro de Referência em Diagnóstico e Terapêutica
DAS	Diretoria de Atenção Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DS	Distrito Sanitário
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HUGO	Hospital de Urgências de Goiânia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MS	Ministério da Saúde
NESC	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OSCIP	Organização Social de Interesse Público
OSEGO	Organização de Saúde do Estado de Goiás
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PCCS	Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PIVIC	Programa Institucional de Voluntários de Iniciação Científica

PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PRPPG	Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIAT	Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFG	Universidade Federal de Goiás

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS

RESUMO

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE QUADROS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS

APRESENTAÇÃO.....	17
1 INTRODUÇÃO.....	22
2 OBJETIVOS.....	28
2.1 Objetivo Geral.....	28
2.2 Objetivos Específicos.....	28
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	30
3.1 Gestão do trabalho em saúde.....	30
3.1.1 Gestão Contemporânea na Saúde.....	34
3.1.2 Gestão de Pessoas.....	37
3.2 Descentralização na Gestão em Saúde.....	40
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	48
4.1 Tipo de Estudo.....	48
4.2 Local do Estudo.....	49
4.3 População do Estudo.....	53
4.4 Coleta de Dados.....	54
4.5 Aspectos éticos.....	56
4.6 Análise dos dados.....	56

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
5.1 Perfil dos Gestores dos Distritos Sanitários	59
5.2 Gestão nos Distritos Sanitários.....	66
5.3 Características para o Desenvolvimento da Gestão sob a Ótica dos Gestores..	75
6 CONCLUSÃO	83
REFERÊNCIAS.....	87
Apêndice A.....	93
Apêndice B.....	100
Anexo A.....	103
Anexo B.....	104
Anexo C.....	102

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Com o processo de descentralização da saúde estimulado pela implantação do Sistema Único de Saúde - SUS, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, ampliam-se as ações dos municípios diversificando suas atividades. A gestão passa a ser assumida pelos municípios e com ela toda a responsabilidade pelo recrutamento, contratação e formação de recursos humanos adequados às diversas funções assumidas.

No município de Goiânia, o processo de implantação da descentralização, através dos Distritos Sanitários - DS, tem início no período de 1987-1990 por meio da Secretaria de Estado da Saúde - SES. A formação dos DS extrapolavam os limites do município, estendendo-se para outras cidades do entorno. Na III Conferência Municipal de Saúde que aconteceu em 1995, definiu-se a implantação de nove regiões de saúde ou Distritos Sanitários. Na gestão de 1997-2000 retoma-se o fortalecimento dos DS finalizando sua implantação, somente com a reforma administrativa de 2010 (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA, 2004).

Nesse contexto, surgiu o interesse pelo objeto deste estudo que é de conhecer como se desenvolve a gestão nos DS da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia - SMS como uma forma de pensar alternativas que possibilitem a reorganização da prática de gestão e qualificação dos gestores no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

O interesse em estudar e aprofundar o conhecimento sobre gestão dos serviços de saúde, especificamente nos Distritos Sanitários - DS, está relacionado diretamente à trajetória acadêmica e profissional da autora desta dissertação, aqui relatada para esclarecer o leitor, quanto às expectativas que nortearam o delineamento do objeto desta pesquisa.

A nossa trajetória na Saúde Pública tem início na formação em Nutrição pela Universidade Federal de Goiás - UFG com um grupo de professoras que estimulavam o nosso apreço pela Saúde Pública. Fizemos estágios nos diversos equipamentos públicos existentes na época, escolas, creches e Unidades de Saúde. Além disso, a realização do estágio durante um mês em Firminópolis, município próximo de Goiânia, onde a UFG mantém um centro de treinamento, imprimiu boas

lembranças relacionadas com a oportunidade de vivência na comunidade local, colocando em prática os conteúdos teóricos adquiridos durante o curso. Então, veio a formatura e, após, optamos pela realização de uma especialização na Universidade Federal do Rio de Janeiro, em Nutrição Clínica, resultando na nossa contratação como Nutricionista por um hospital particular de grande porte em Goiânia. No ano seguinte, em 1984, em pleno período da redemocratização do país, surge o primeiro concurso público do Estado da Organização de Saúde do Estado de Goiás - OSEGO. Ainda nesse ano, a OSEGO faz uma parceria com a UFG e a Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ e proporciona aos servidores o Curso de Especialização em Saúde Pública. Desde então, fomos “fisgadas” pela paixão à Saúde Pública deixando as atividades da clínica.

Nossa trajetória na SMS tem início em 1997, período de estruturação dos DS. Na época, coordenávamos a Divisão de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente e tínhamos como propósito a implantação do Projeto Nascer Cidadão, cujo objetivo consistia na redução da morbidade e mortalidade materna e infantil, através do fortalecimento das ações do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente. Ainda nesse período, inicia a transição do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS para o Programa de Saúde da Família - PSF. Este funcionava de modo paralelo às atividades das Unidades de Saúde tradicionais e eram ligados diretamente ao gabinete do secretário. Os DS não tinham ainda seu papel muito bem definido, operavam de forma muito tênue, alguns deles até mesmo sem sede administrativa. Sendo que o seu fortalecimento se deu realmente na gestão de 2001-2004 quando foram instituídos os cargos de gestão dos DS e suas sedes administrativas. Alguns cargos ainda não existiam formalmente e foram regulamentados somente em 2008.

No ano de 2005, iniciava-se uma nova gestão da Secretaria Municipal de Saúde com uma proposta de mudança dos gestores dos DS, Unidades de Saúde, Divisões e Departamentos. A continuidade das ações era conduzida pelos funcionários de carreira, apoiadores da implantação e fortalecimento do SUS que temiam por alterações que prejudicassem esse processo. Dessa forma, com o estímulo e apoio dos colegas de trabalho, aceitamos o desafio da coordenação de uma das maiores diretorias da Secretaria Municipal de Saúde, a Diretoria de Atenção à Saúde, responsável pela organização das unidades próprias que compõem a rede municipal

de saúde, cujo objeto de trabalho transita entre as questões técnicas e políticas exigidas para a gestão das unidades de saúde e DS.

Nesse período, a professora orientadora, apresentou a Diretoria de Atenção a Saúde onde estávamos inseridos, uma pesquisa na qual pretendia realizar um diagnóstico situacional sobre a gestão desenvolvida pelos enfermeiros na SMS. Além de entendermos a proposta como importante, envolvemo-nos neste estudo que foi ampliado, posteriormente, para todas as categorias profissionais que desenvolvem atividades de gestão nos serviços da SMS, no qual nosso estudo está inserido (ROSSO, 2008).

Nessa perspectiva, ingressamos no programa de pós-graduação *stricto sensu* na tentativa de nos aproximarmos de conhecimentos científicos e reelaborarmos nossas experiências profissionais na saúde pública como gestora. Sendo assim, realizamos uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Universidade Federal de Goiás para a construção desta pesquisa.

Priorizamos, em nosso estudo, os DS por entendermos que se constitui em um local onde as equipes estão em contato com a comunidade e com o nível central. Faz-se a interlocução da gestão com as Unidades de Saúde onde acontece a assistência direta ao usuário. É um espaço de poder pleiteado por políticos e aspirantes a cargos eletivos podendo ser considerado, sob o ponto de vista da classe política, como um primeiro degrau para iniciar a carreira política.

Nesse sentido, apresentamos o desenvolvimento do presente estudo organizado em capítulos. No capítulo 1 mostramos o objeto de estudo. No capítulo 2, os objetivos da investigação. No capítulo 3, contextualizamos o objeto de estudo e o referencial teórico, incluindo a gestão do trabalho na saúde no âmbito do SUS, considerando as tendências e desafios da política de gestão de pessoas. A descentralização da saúde é apresentada através da instituição do Distrito Sanitário como proposta dessa prática.

No capítulo 4, o percurso metodológico detalha o tipo, local e população do estudo além da coleta de dados, aspectos éticos e as etapas para análise de dados.

No capítulo 5 e 6 são apresentados os resultados, discussão e conclusões do diagnóstico da gestão desenvolvida nos Distritos Sanitários. Para facilitar a

compreensão utilizamos figuras, gráficos, quadros e tabelas com discussões fundamentadas no nosso referencial teórico.

1 INTRODUÇÃO

Os desafios da gestão em serviços públicos de saúde tem sido alvo de discussões nesses últimos anos, especialmente com a gestão da saúde delegada aos municípios, conforme prevê o Sistema Único de Saúde Brasileiro. Uma das dificuldades que permeiam essas discussões é a gestão de recursos humanos nos serviços de saúde. A produção dos serviços de saúde depende não só de recursos materiais e tecnológicos, como também de profissionais devidamente qualificados para transformar insumos em resultados (MENDES, 1999; MERHY, 2002; PAIM e TEIXEIRA, 2007; SCALCO, 2010).

Além disso, a construção de um novo modelo de atenção à saúde, que atenda a demanda crescente de usuários, vem exigindo a descentralização das funções governamentais e rede de serviços implantada. As Normas Operacionais Básicas da Saúde - NOB editadas durante a década de 90, e as Normas Operacionais da Assistência à Saúde - NOAS, editadas em 2001 e 2002, constituem-se em documentos fundamentais na concretização da descentralização por induzir a assunção da gestão pelos municípios (BERRETA, 2011).

Assim, a expansão da Rede de Atenção à Saúde, impulsionada pelo aumento da demanda dos serviços de saúde, criou a necessidade de transferência do processo de decisão para níveis periféricos da cidade. Na perspectiva de descentralização política, técnica e administrativa, a Secretaria Municipal de Saúde dividiu o município de Goiânia em regiões denominadas Distritos Sanitários - DS. Na época da implantação foram criados nove Distritos Sanitários que passaram a ser sete a partir de 2010, após a reforma administrativa municipal.

É importante, ainda, transcrever Mendes (1999, p.188) em uma definição publicada pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO que mostra a extensão de sua descrição.

Distrito Sanitário é uma unidade operacional e administrativa mínima do sistema de saúde, definida com critérios geográficos, populacionais, epidemiológicos, administrativos e políticos, onde se localizam recursos de saúde públicos e privados, organizados através de um conjunto de mecanismos político-institucionais com a participação da sociedade organizada para desenvolver ações de saúde capazes de resolver a maior quantidade possível de problemas de saúde.

A construção desse modelo descentralizado deve ter como base a compreensão do processo saúde-doença da região e dos determinantes das condições de saúde e doenças existentes. O deslocamento do gerenciamento da assistência, dos níveis federal e estadual aos municípios e distritos, exige do nível local ampliação da sua capacidade de gestão e incorporação de novas atividades (ALMEIDA et al, 1998; SANTOS, 2010).

Sendo assim, os DS são a extensão do nível central da Secretaria Municipal de Saúde no território das Unidades de Saúde e fazem parte do processo de descentralização da gestão municipal de saúde. Durante o período de implantação dos DS, tinha-se planejado que as outras secretarias seguiriam a mesma orientação, através de subprefeituras. Toda a gestão do município aconteceria de forma descentralizada, mas por questões políticas este projeto foi rejeitado.

A prestação dos serviços de assistência à saúde, em Goiânia, é realizada tendo em vista a complexidade do atendimento. O Sistema Único de Saúde - SUS possui unidades de Atenção Básica, Média e de Alta Complexidade. Há, na rede, unidades públicas, filantrópicas, unidades privadas conveniadas ao SUS e unidades privadas não conveniadas, todas coordenadas pela gestão municipal.

Quanto à Atenção Básica, está estruturada a partir das Unidades Básicas de Saúde, incluindo nestas as Unidades de Atenção Básica à Saúde da Família e os Centros de Saúde tradicionais. Os atendimentos considerados de alta complexidade são encaminhados para ambulatórios de especialidades e hospitais públicos ou conveniados. As Unidades de Atenção Primária são a porta preferencial de entrada do Sistema, onde são organizadas as respostas às necessidades da população. Nelas são utilizadas tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade (Anexo C). E ainda efetivam os princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade e da coordenação do cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE Portaria 648/GM/2006).

Em Goiânia, assim como em outros locais de grande população, as demandas para a assistência à saúde são inúmeras, com uma multiplicidade de questões, tanto nas unidades ambulatoriais, como naquelas de emergência determinando a complexidade dos processos de gestão. Atualmente, a oferta de bens e serviços de saúde se constitui em uma das mais complexas e árduas tarefas. As aspirações de consumo são muito variáveis e de difícil avaliação. Paralelo a este fator, existem dificuldades diversas na capacidade de produzir tais bens e serviços na proporção

da demanda, como as barreiras tecnológicas ou a finitude dos recursos financeiros. A baixa capacidade de gestão é um fator limitante considerado inaceitável (FERREIRA, 2004).

Para o atendimento integral à saúde, é preciso que a Atenção Primária funcione em articulação com a Atenção Secundária e/ou Média e Alta Complexidade, formando verdadeiras Redes de Atenção com objetivos de assistência contínua, de qualidade e humanizada que estimulem o protagonismo individual e coletivo dos sujeitos envolvidos (MENDES, 2012).

Dessa forma, a adoção da Estratégia Saúde da Família, como forma prioritária de reorganização do modelo de atenção à saúde, melhorou o acesso dos usuários ao sistema (CONASS, 2011a). O conceito de território é introduzido e valorizado, pois é nesse espaço que se constroem as relações intra e extra-familiares e onde se desenvolve a luta pela melhoria da qualidade de vida (FERNANDES, MACHADO e ANSCHAU, 2009).

É importante ressaltar que a adscrição da população a uma determinada Unidade de Saúde e equipe de profissionais faz com que se estabeleçam vínculos e responsabilização pela saúde da comunidade residente em seu território. A organização de um sistema municipal de saúde decorre da garantia de acesso a diferentes níveis de cuidados e da implantação de modelos de atenção capazes de responder às necessidades de saúde da população. Dessa forma, a atenção básica deve funcionar como porta de entrada aos demais níveis de assistência, buscando maior grau de resolubilidade das ações, viabilizando cuidados de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. As equipes de saúde da família são o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde local, coordenam a atenção à saúde e buscam integrar com os serviços de diagnóstico e a assistência especializada, além de estimular a promoção da saúde da comunidade (PAIM et al, 2011; MENDES, 2012).

Para a ocorrência dessas ações de forma contínua e com resolubilidade, é necessário que o gestor das unidades e Distritos Sanitários, assim como seus trabalhadores, sejam conhecedores dos fluxos existentes, parcerias sejam estabelecidas e protocolos pactuados. A organização dos serviços deve ocorrer de forma harmônica e transparente para todos os seguimentos e atores envolvidos. Atualmente, temos profissionais de saúde com variadas formações exercendo o

papel de gestor dos Distritos Sanitários e Unidades de Atenção Primária do município. Muitos deles, com pouca experiência na administração de trabalhadores que, muitas vezes, possuem mais experiência que eles próprios.

Nessa perspectiva, observamos que a capacidade de gerenciar uma equipe de saúde e atender as demandas dos usuários requer um profissional equilibrado que consiga superar as limitações que o serviço apresenta. Deve viabilizar a assistência à saúde baseada nos princípios do SUS, além de lidar com o déficit de pessoal, de materiais e recursos, bem como possuir habilidades para trabalhar os relacionamentos interpessoais no interior das equipes, minimizando os conflitos existentes (FERNANDES, MACHADO e ANSCHAU, 2009).

No Brasil, a força de trabalho totaliza 1,5 milhões de profissionais da saúde registrados em conselhos profissionais. A rede SUS é o principal empregador do país. 52% dos enfermeiros, 44% dos médicos, 27% dos dentistas, 11% dos farmacêuticos e 10% dos psicólogos são servidores públicos. Desta forma, enfatizamos que o SUS é um dos maiores sistemas de saúde do mundo, em execução em mais de cinco mil municípios e seus estados. Essa magnitude nos dá a dimensão dos desafios a serem enfrentados na gestão do trabalho e na formação de seus trabalhadores (ALMEIDA FILHO, 2011; MOYSES e MACHADO, 2010).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES, em parceria com o Ministério da Educação - MEC, e com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, instituíram o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde cujo objetivo é a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional. Este programa promove a inserção dos alunos, precocemente, nos serviços de saúde do SUS assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença, com ênfase na Atenção Básica. A articulação entre as Instituições de Ensino Superior e o servidor público de Saúde potencializa respostas às necessidades da população, mediante a formação de recursos humanos, a produção do conhecimento e a prestação dos serviços com vistas ao fortalecimento do SUS (BRASIL, 2005).

Sendo assim, questiona-se quem são os sujeitos que realizam a função de gestores nos Distritos Sanitários no município de Goiânia? Como a gestão é desenvolvida no

cotidiano e quais as características necessárias para a gestão sob a ótica dos gestores?

Portanto, a associação do conhecimento teórico científico contribuirá, sobremaneira, para a melhoria da eficácia do serviço. A pesquisa justifica-se, assim, uma vez que está sendo efetuada em parceria entre o serviço de saúde e a instituição de ensino, no sentido de viabilizar a capacitação continuada dos gestores dos DS.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Diagnosticar elementos do trabalho de gestão desenvolvido nos Distritos Sanitários na Secretaria Municipal de Saúde, no município de Goiânia – Goiás.

2.2 Objetivos Específicos

Caracterizar o perfil sócio demográfico e profissional dos gestores nos Distritos Sanitários do município de Goiânia- Goiás.

Descrever o trabalho de gestão desenvolvido nos Distritos Sanitários em Goiânia.

Identificar as características necessárias para o desenvolvimento da gestão nos Distritos Sanitários na perspectiva dos gestores.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico deste estudo foi elaborado levando-se em consideração dois eixos temáticos que alicerçam a nossa pesquisa.

O primeiro eixo refere-se à gestão do trabalho na saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, considerando as tendências e desafios da política de gestão de pessoas no cenário nacional e municipal.

O segundo eixo trata da descentralização da gestão e o arcabouço legal que embasa esta prática no SUS, além da instituição dos Distritos Sanitários como uma proposta de descentralização das atividades de gestão.

3.1 Gestão do trabalho em saúde

Com a instituição da Constituição Federal que declara em seu artigo 196 a saúde como direito de todos e dever do estado, o poder público deve propiciar os meios para sua efetivação para 190 milhões de habitantes nos 5565 municípios do país. Destes, aproximadamente, 90% possuem população de até 50 mil habitantes, sendo que, praticamente a metade, 45% dos municípios brasileiros tem menos de dez mil habitantes. O setor saúde no Brasil é um dos maiores do mundo o que nos dá a dimensão da magnitude dos desafios enfrentados (IBGE 2010, MOYSES e MACHADO, 2010).

Até o final da década de 1980, a assistência à saúde incluía somente a população trabalhadora vinculada ao sistema previdenciário, os indigentes que dependiam da caridade das entidades filantrópicas e hospitais universitários ou aqueles que podiam custeá-la. A Constituição Federal aprovada em outubro de 1988 cria o SUS incorporando as reivindicações do movimento sanitário como a inclusão do conceito ampliado da saúde que resulta de políticas econômicas e sociais; a saúde como direito de todos e dever do Estado e a adoção dos princípios da universalidade, do atendimento integral, da equidade, da descentralização e da participação da comunidade. (CONASS, 2009).

Nos últimos anos, o debate acerca das mudanças necessárias na gestão e organização do trabalho em saúde tem crescido. A discussão ganha espaço no que

diz respeito às transformações que afetam o mundo do trabalho e as organizações de saúde. Os inúmeros desafios que se colocam para a qualificação da assistência à saúde prestada pelo SUS não se revelam apenas nas questões de ordem financeira ou material. A gestão dos serviços públicos de saúde e a qualidade do cuidado têm se constituído como dois dos principais desafios da reforma sanitária brasileira (MATOS e PIRES, 2006; SÁ e AZEVEDO, 2010).

Entre as mudanças exigidas, ressaltam-se o aumento de escolaridade, o acúmulo de conhecimentos gerais, a capacidade de planejar, a capacidade de comunicação, o trabalho em equipe, a flexibilidade, o acesso a mais informações, a capacidade de decisão frente a problemas complexos, a valorização de traços de personalidade como responsabilidade, a criatividade iniciativa e o espírito crítico. O perfil desse novo trabalhador deve adequar-se às novas funções que cada trabalhador deverá desempenhar, atentando-se, ainda, a possibilidade de um trabalho flexível e criativo, associando-se o trabalho intelectual com o manual (GARAY, 1997).

Trazendo estes requisitos para o campo da saúde, Merhy salienta que os trabalhadores devem se responsabilizar pela qualidade da assistência que ofertam, pois sendo o trabalho em saúde um trabalho vivo em ato, podem colocar todo seu conhecimento, como opções tecnológicas de que dispõem para a produção de ações eficazes a serviço do usuário e de seu problema. Devem construir uma outra forma de agir que se oriente pela constituição de um vínculo efetivo entre o usuário e os trabalhadores, na busca de uma resolubilidade que se oriente por ganhos de autonomia dos usuários perante os seus modos de andar na vida. Esta dimensão intersubjetiva do trabalho em saúde é o que mais escapa às estratégias de controle gerencial, mas que não pode ser dissociada dos demais componentes deste trabalho (MERHY, 1999; SÁ e AZEVEDO, 2010).

Sob o ponto de vista do gestor público, este se defronta com uma prática de grande complexidade, resultante dos novos desafios deste novo lugar. De um lado, deve garantir a universalidade e a equidade na prestação de serviços, possibilitar a participação popular e profissional nos processos decisórios referentes à organização da produção e execução dos cuidados em saúde. Lidar com a integralidade das ações, criando espaços e formas de interação no trabalho cotidiano e gerenciamento de conflitos. Por outro lado, deverá encontrar a melhor forma de obter resolubilidade e qualidade das ações que serão produzidas por meio

da incorporação do conhecimento científico e das diversas tecnologias de intervenção (SCHRAIBER L B et al,1999; MERHY, 2002).

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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; GARAY,1997).

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 pessoas, incidindo, principalmente, na incorporação e remuneração da força de trabalho, com requerimentos crescentes de especialização dos trabalhadores, além de saber trabalhar com sua equipe de maneira a desenvolver os conhecimentos e habilidades do grupo (MERHY, 2002; ANDRÉ e CIAMPONE, 2007).

Nesta discussão sobre a gestão do trabalho da saúde é importante destacar de que modelo de organização dos processos de trabalho estamos nos referindo. A partir de 1994, o Ministério da Saúde traz como reorientação do modelo assistencial a implantação da Estratégia Saúde da Família como forma de organizar a rede de atendimento. Surge em substituição ao modelo hospitalocêntrico, centrado no indivíduo e nas especialidades, passando a focar o indivíduo inserido em uma família e na comunidade (FERNANDES, MACHADO e ANSCHAU, 2009). A atenção básica estruturada como porta de entrada para o SUS, desde o menor município até as grandes metrópoles e cidades de grande porte, como é considerada Goiânia com sua população de 1.302.001 (IBGE, 2010; BRASIL/ MINISTÉRIO DA SAÚDE - portaria 2488/2011 MS).

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 - ESF e do

Programa Agentes Comunitários de Saúde - PACS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O conjunto de ações da Atenção Básica pode 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 à população de determinado território (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Nesse sentido, é necessário que os serviços de saúde sejam orientados para dar conta da situação da saúde brasileira. Atualmente, tem-se investido na proposta de organizar os serviços sob a forma de Redes de Atenção à Saúde, entendidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, de maneira que as ações de assistência à saúde aconteçam de forma ininterrupta buscando garantir a integralidade do cuidado (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010 – Portaria 4.279 de 30/12/2010).

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 oferecer soluções aos problemas de saúde.

Um sistema organizado em redes constitui-se por um conjunto de pontos de atenção sem fragmentação que se intercomunicam uns com os outros, sem hierarquia, prestando uma atenção contínua à população sob sua responsabilidade. A atenção primária se comunica fluidamente com a atenção secundária e terciária e, também, com os sistemas de apoio. Assim, a atenção básica funciona como ordenadora de todo processo (MENDES, 2010; MENDES, 2012).

Os serviços de atenção à saúde deverão ser organizados de modo que cada município seja autossuficiente na Atenção Básica à Saúde, cada microrregião seja

autossuficiente na assistência de média complexidade e cada macrorregião seja autossuficiente na assistência de alta complexidade à saúde (CONASS, 2009).

Dessa forma, podemos afirmar que a dimensão continental do país, com diferentes culturas e condições socioeconômicas discrepantes entre as diversas regiões, trazem consigo o desafio de desenvolver políticas que tornem viáveis os princípios e diretrizes para consolidação do SUS (MOYSES e MACHADO, 2010).

3.1.1 Gestão Contemporânea na Saúde

No final do século XIX e início do século XX, com a revolução industrial apareceram os primeiros estudos tratando da administração com o objetivo de racionalização do trabalho.

A Teoria da Administração Científica iniciada por Frederick W. Taylor (1856 – 1915) provocou uma revolução no pensamento administrativo e na indústria. Constituiu-se na aplicação de métodos de racionalização do trabalho para alcançar a máxima produtividade. Investiu-se nos estudos de tempos e movimentos e na fragmentação e hierarquização do trabalho. As atividades complexas foram divididas em partes mais simples facilitando sua racionalização e padronização (CHIAVENATO, 2003; MATOS e PIRES, 2006).

Henry Ford (1863-1947) aplica a tecnologia da linha de montagem na fabricação de automóveis. Utiliza os mesmos princípios de Taylor, porém com maior abrangência na organização da produção. Enfatizava-se a automação do trabalho, com poucas possibilidades de intervenção nos processos produtivos e pouca autonomia por parte dos trabalhadores (CHIAVENATO, 2003, MATOS e PIRES, 2006).

O modelo taylorista/fordista difundiu-se no mundo e influenciou fortemente todos os ramos da produção, porém, nas últimas décadas, vem-se discutindo os efeitos negativos da teoria taylorista/fordista sobre os trabalhadores no que diz respeito à fragmentação do trabalho, associada à hierarquia rígida levando a desmotivação e alienação de trabalhadores (MATOS e PIRES, 2006).

Na França, o desenvolvimento de outra teoria, denominada Clássica, idealizada por Henri Fayol (1841-1925) complementa a teoria de Taylor. Reforça a estrutura da

empresa e seu funcionamento caracterizando-se por um enfoque prescritivo e normativo, define o ato de administrar como: prever, organizar, comandar, coordenar e controlar (CHIAVENATO, 2003; MATOS e PIRES, 2006).

A abordagem humanística da Administração aparece a partir de 1930 em um período de recessão econômica. Surge graças ao desenvolvimento das ciências sociais e psicológica. Ocorre uma transferência da ênfase colocada na tarefa pela Administração Científica e na estrutura organizacional pela Teoria Clássica para a ênfase nas pessoas que trabalham ou participam nas organizações. A preocupação com a máquina e com o método de trabalho cede lugar à preocupação com as pessoas e grupos sociais (CHIAVENATO, 2003).

Nos dias atuais, os questionamentos quanto à inadequação dos princípios tayloristas/fordistas às novas condições do mercado, assim como a difusão de novos conceitos como de automação, flexibilidade, produção enxuta, qualidade total e descentralização produtiva, maioria derivados dos métodos de gestão da indústria japonesa levaram ao surgimento de um novo modelo na organização e gestão do trabalho. O trabalho em equipes e sua responsabilização pelo desempenho, a diminuição de níveis hierárquicos e o desenvolvimento das chefias para a gestão de pessoas são atividades que são estimuladas nos dias atuais. Devem, também, estar presentes o domínio das situações de imprevisto, além de favorecer o desenvolvimento da corresponsabilidade em torno de objetivos comuns e da competência interpessoal (GARAY, 1997).

Acrescenta-se a essas questões que, atualmente, as habilidades sociais são mais valorizadas no processo de trabalho do gestor que as habilidades técnicas, e seu desenvolvimento é mais requisitado, quanto mais alto na hierarquia se encontrar o gestor. A capacidade de gerenciar equipes é considerada crucial para o gestor e o investimento no desenvolvimento pessoal deve ser contínuo (FERNANDES et al, 2010).

O Método Paidéia, desenvolvido por Cunha e Campos, aposta na politização da gestão, no sentido de incorporar negociação e invenção de outras formas de viver no mundo do trabalho. Investe-se na ideia permanente da coprodução, negociação de contratos e compromissos sempre provisórios. Traz para o debate uma visão democrática que reconhece o conflito das instituições que possui três atores principais com interesses diversos: os usuários, os trabalhadores e os gestores.

A tarefa da cogestão seria viabilizar contratos e compromissos, entre esses atores, possibilitando alguma viabilidade aceitável do ponto de vista de cada um deles. A racionalidade gerencial hegemônica tem a tendência de resolver os conflitos negando sua existência ou desvalorizando-os; leva os trabalhadores a abrirem mão dos seus interesses e desejos. Este Método reconhece os conflitos e procura não moralizar os interesses em jogo. É uma alternativa ao gerenciamento tradicional e implica em um esforço e autopercepção constantes. (CUNHA e CAMPOS, 2010).

O Método Paidéia considera que sempre haverá antagonismos entre a missão dos serviços de saúde e os interesses corporativos das várias categorias profissionais. Não se propõe a resolver estes conflitos, mas sim explicitá-los e criar espaços para que possam ser discutidos. Esta forma de gestão é denominada pelos autores como anti-taylor, visto que investe na cogestão dos grupos indo contra estruturas rígidas e hierarquias verticalizadas propostas por Taylor (CUNHA e CAMPOS, 2010; CAMPOS, 1998).

Dispositivos como colegiados de gestão, comissões, grupos de trabalho, supervisões/discussões de casos e oficinas de planejamento, constituem-se como espaços intersubjetivos, onde se abrem possibilidades de elaboração psíquica pelos membros do grupo, além da abordagem de questões práticas da gestão e da atenção à saúde. São locais para decisões coletivas e de análise das situações vividas, e de articulação psicossocial capaz de fomentar a compreensão dos processos de crise. Por outro lado, um modelo de gestão sem abertura para a participação dos trabalhadores, diminui as possibilidades de produção de saúde e de sujeitos. (SÁ e AZEVEDO, 2010; SEVERO e SEMINOTTI, 2010).

Reforçando o que foi dito anteriormente, a forma de organização dos processos de trabalho na saúde, tanto pode ser produtora de saúde como de adoecimento. Modelos de gestão que estimulam a existência de colegiados e da coparticipação propiciam a inclusão e valorização dos trabalhadores (SEVERO e SEMINOTTI, 2010).

Dentre os empecilhos mais importantes no processo de gestão estão os modelos de gestão centralizados e verticais, que desapropriam o trabalhador de seu próprio processo de trabalho, impedindo ou dificultando seu protagonismo e autonomia (HENNINGTON, 2008).

Podemos afirmar, assim, que o sistema de saúde atual é palco de disputa e da coexistência de modelos assistenciais diversos, com características dos modelos hegemônicos ao lado de outros que buscam mudanças (ANDRÉ e CIAMPONE, 2007).

3.1.2 Gestão de Pessoas

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 a nova forma de trabalho que busca a valorização das pessoas, têm início nas décadas de 1980 e 1990, recolocando o trabalhador no centro do processo produtivo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; GARAY, 1997).

Embora haja a percepção do papel fundamental exercido pelo conjunto dos trabalhadores, pouco se sabe sobre sua composição, treinamento e desempenho (HENNINGTON, 2008).

Um avanço importante da estruturação da política de gestão do trabalho no Brasil foi a incorporação do conceito de Gestão do Trabalho em substituição ao de Recursos Humanos. Esta nova denominação objetiva afastar sua vinculação da ciência da administração que associa a função de gerência ou de planejamento de pessoas, aos recursos materiais e financeiros, com vistas a uma utilização mais racional e eficiente. Absorve o conceito de força de trabalho da economia política com o uso descritivo e analítico dos fenômenos de mercado de trabalho – emprego/desemprego, produção, renda, assalariamento – considerando o trabalhador como “ser social” e a sociedade em que está inserido (CONASS, 2007).

A partir da Constituição Federal - CF de 1988, a gestão pública brasileira tem passado por uma série de mudanças importantes. A universalização e a descentralização da responsabilidade pela provisão de certos serviços a Estados e Municípios, propostas pela CF constituem desafios para os gestores e políticos (MARCONI e MORICONI, 2009).

Desse modo, a força de trabalho é considerada, atualmente, um fator fundamental na gestão em saúde, exigindo mudanças no processo de desenvolvimento de RH que incluem a modernização de sua abordagem e a superação dos modelos tradicionais da administração, além da postura proativa de gestores e comprometimento dos trabalhadores (HENNINGTON, 2008).

No ano de 2000, a Lei de Responsabilidade Fiscal - LRF determinou o limite de 60% para os gastos com pessoal em relação às receitas correntes líquidas do município. Dessa forma, embora as prefeituras tenham que expandir a prestação de serviços à população, especialmente em áreas que exigem grande quantidade de profissionais, como a saúde, elas não podem fazê-lo descuidando dos limites legais para os gastos. Constitui um empecilho importante, além da situação fiscal dos estados e o pagamento da dívida com o governo federal para a regularização funcional dos trabalhadores municipais (MARCONI e MORICONI, 2009; CONASS, 2007).

Novos modelos de gestão dos governos municipais requerem não só recursos financeiros e mudanças nas estruturas das instituições, mas, também, profissionais com melhor qualificação e com incentivos adequados para adquirir, cada vez mais, competências profissionais que levem a uma melhoria do seu desempenho no serviço público (MARCONI e MORICONI, 2009).

A absorção das formas mais flexíveis de contratos pela administração pública brasileira, aprofundada na década de 1990, instituiu uma nova lógica de gestão, e seus resultados têm sido objeto de debates entre gestores, gestores e trabalhadores, legisladores, acadêmicos, sindicalistas, dentre outros grupos; constituindo-se, ainda, em objeto de formulações de políticas e de dispositivos de reversão dos mecanismos precários de inclusão e manutenção dos trabalhadores do SUS. Reconhecê-los como problema na política de gestão do trabalho facilita a identificação de formas adequadas para a sua solução (CONASS, 2007).

A partir da década de 1990, as administrações públicas vêm lançando mão de formas de contratação e estratégias de gestão de pessoal diferenciadas, que incluem a contratação temporária, terceirização através de empresas ou cooperativas, contratos por órgãos internacionais, contratos por meio de serviços prestados, bolsas de trabalho, estágios, contratos com entidades privadas lucrativas ou não lucrativas, contratos de gestão com organizações sociais, convênios com Organizações Sociais de Interesse Público - OSCIPs etc. Essas multiplicidades de

vínculos refletem no relacionamento das equipes dos serviços, comprometendo as boas práticas de gerência e acirrando conflitos, pelo não cumprimento, em alguns casos, das proteções trabalhistas com reflexos na atenção à saúde da população (CONASS, 2007).

A política de recursos humanos é uma dimensão estratégica da gestão em saúde, planejar recursos humanos significa incluir essa temática no planejamento dos órgãos federais, estaduais e municipais, e trazer para os fóruns de decisão política do SUS questões estratégicas como: o financiamento dirigido à contratação e manutenção da força de trabalho; a qualificação dos trabalhadores e os programas de proteção à sua saúde. Atenção especial, também, deve ser dada ao processo de modernização dos sistemas que organizam essas questões (CONASS, 2007).

Podemos destacar, no conjunto de problemas enfrentados pelos gestores neste campo, questões estratégicas que dizem respeito à baixa capacidade gerencial: ausência de pessoal qualificado na área de gestão; desconhecimento sobre os princípios e as normas operacionais do SUS; falta de conhecimento de gestores e trabalhadores sobre as bases técnicas e políticas do SUS e a pouca oferta de qualificação na área de Saúde Pública e Gestão de Serviços de Saúde (CONASS, 2007).

Desta forma, estes aspectos podem integrar uma pauta de formação para a gestão pública estratégica, como parte do plano de capacitação na área de gestão, por meio da educação permanente, o que permitirá favorecer a criação de uma cultura de gestão pública profissionalizada.

Em 2006, o Ministério da Saúde divulgou o Pacto pela Saúde que busca a Consolidação do SUS através de seus três componentes: Pactos pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão (Portaria Ministério da Saúde nº 399, de 22 de fevereiro de 2006) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). A partir de 2007, o MS, através da Secretaria de Gestão de Trabalho, Educação e Saúde - SGTES, juntamente com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS, iniciou a discussão da Portaria nº 198, visando definir novas diretrizes e estratégias para a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Nessa perspectiva, acredita-se que a integração do profissional ao cotidiano do trabalho na saúde se fortalece na prática de competências, habilidades e conhecimentos acumulados no processo de formação profissional e de vida que necessitam de espaços de análise e reflexão. Devem ser estimulados a articular os saberes e renovar as capacidades de enfrentar as situações, cada vez mais complexas, nos processos de trabalho, diante da diversidade das profissões e tecnologias. Sendo assim, a Educação Permanente constitui-se em uma estratégia de capacitação que se integra aos contextos de trabalho cuja ação propicia a redução do vácuo na formação dos profissionais, diante dessa permanente reestruturação das realidades (BATISTA e GONÇALVES, 2011).

Concluimos, assim, que é necessário investir na formação de pessoas com capacidade técnica e compromisso político com o processo de Reforma Sanitária e defesa do SUS. Devem ser qualificados a atuarem em diversos espaços e níveis de gestão e de condução política do sistema, o que podemos denominar “profissionalização da gestão do SUS” (PAIM e TEIXEIRA 2007).

Destacamos, ainda, as recomendações da Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, realizada no Canadá em 2006, que reconhece a importância dos recursos humanos como fator essencial para a melhoria da qualidade de vida e de saúde. O trabalho em saúde é um serviço público de responsabilidade social, além dos trabalhadores, constituem-se nos protagonistas do desenvolvimento e melhoria do sistema de saúde (RIGOLI, ROCHA e FOSTER, 2006).

3.2 Descentralização na Gestão em Saúde

Descentralização implica em reconhecimento de competências autônomas para a tomada de decisões e condução de serviços e políticas. Todavia, para não se pulverizar o sistema e nem comprometer sua eficiência, ou responsabilidade, a Constituição agregou à descentralização a figura da “direção única em cada esfera de governo” (COSTA, AB et al, 2008).

A descentralização promovida pela implantação do SUS no Brasil, bem como as mudanças no modelo assistencial fizeram com que a oferta de serviços aumentasse

de forma significativa sem que esse fato significasse a melhoria na qualidade dos serviços prestados.

A crise que se apresenta tem deixado os usuários insatisfeitos com o atendimento recebido gerando relações conflituosas, entre usuários do sistema e trabalhadores, entre trabalhadores e gestores, entre gestores e o controle social, tudo isso influenciado pela mídia que, de forma tendenciosa, fortalece esses conflitos sem contribuir para o esclarecimento dos fatos.

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 (CONASS, 2006).

A Portaria GM/MS n. 2.203, de 5 de novembro de 2006, cria a Norma Operacional Básica do SUS – NOB-SUS/96, um dos principais documentos de estruturação do SUS que consolidou a política de municipalização. Institui a gestão plena do sistema municipal e a gestão plena da atenção básica, como também define as responsabilidades da União e dos Estados. Tem como característica a reorganização do modelo assistencial, descentralizando aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica (CONASS, 2011 b).

A descentralização da saúde é um processo de reforma política, planejado para reduzir a influência central e promover a autonomia local no planejamento e organização do sistema de saúde. Entretanto, alguns aspectos negativos podem decorrer desse processo como a falta de corresponsabilização entre as esferas de governo, a influência política local em detrimento da política de saúde, o declínio na qualidade da infraestrutura e oferta de serviços, o despreparo técnico-administrativo dos gestores e trabalhadores de saúde e deficiências na democratização da gestão pelos espaços de controle social (SILVEIRA et al, 2010).

A saúde foi o único setor que implementou uma descentralização radical, com importante financiamento e ações regulatórias do governo federal. Para a implementação do SUS foram necessárias a criação de legislação complementar, novas regras e reforma administrativa em todos os níveis do governo. Normas

aprovadas pelo Ministério da Saúde objetivando a redefinição das responsabilidades e mecanismos de repasse financeiro como o Piso da Atenção Básica (PAB), um valor *per capita* transferido pelo Ministério da Saúde aos municípios, de modo a financiar a atenção básica (PAIM et al, 2011).

Uma política de descentralização, tendo como foco o município, que tenha espaço e abertura para o controle social e a montagem de um sistema de informação que permita que o Estado exerça seu papel regulador, é o caminho para superar as causas de estrangulamento do SUS.

Tendo em vista a política nacional de descentralização, o município de Goiânia organizou suas estruturas de saúde dentro de um território estabelecido constituindo os DS. Estes têm como características importantes a compreensão da saúde de sua população, o processo saúde-doença, organização dos serviços, modelo de atenção e práticas sanitárias, no que se refere à estrutura, composição e desenvolvimento das ações de saúde, complexidade, tecnologia e processos de trabalho, hierarquização e níveis de atenção, regionalização e rede de serviços e intersectorialidade (ALMEIDA et al, 1998).

Dessa forma, a regionalização de serviços não deve ser considerada apenas do ponto de vista burocrático-administrativo, mas representar a melhor distribuição técnico-espacial dos serviços de saúde, numa dada área, possibilitando o acesso da população a todos os níveis de atenção, ou seja, a todas as ações de saúde. Essa hierarquização das ações de saúde e distribuição dos serviços é conhecida e reconhecida como atenção primária, atenção secundária e atenção terciária (ALMEIDA et al, 1998).

Assim, a divisão do município em distritos deve ser constituída a partir dos sistemas municipais de saúde com articulação e pactuação regional; deve ser dinâmica, progressiva e flexível com a definição das competências dos gestores e gerentes dos sistemas e serviços de saúde. Deve, ainda, incluir em seus processos de trabalho ações de diversas naturezas e com perspectiva de integralidade, voltadas para os problemas prevalentes e prioritários, bem como para o atendimento da demanda espontânea, com um sistema de informação disponível tanto para o monitoramento epidemiológico dos agravos quanto para o administrativo e gerencial (ALMEIDA et al, 1998).

A construção desse modelo de atenção, com suas práticas sanitárias, devem ter como base a identificação, a análise e a compreensão do processo saúde-doença da região e dos determinantes das condições de saúde e doenças existentes, de modo a intervir nesse processo em sua totalidade e não apenas em seus efeitos danos-doença, incapacidade e morte, com sua vertente de assistência essencialmente curativa (ALMEIDA et al, 1998; MENDES,1999).

Portanto, a desconcentração das atividades relativas ao gerenciamento da assistência, dos níveis federal e estadual aos municípios, exige do nível local ampliação da sua capacidade de gestão, incorporação de novas atividades com organogramas mais complexos e especializados (SANTOS, 2010).

Em estudo realizado na Bahia demonstra-se que a descentralização sozinha não assegura mudanças nos sistemas locais de saúde. A ampliação da capacidade de governo, além de uma maior institucionalização do planejamento e da avaliação, seria, também, importante na ampliação da capacidade dos sistemas locais de saúde (SILVA et al, 2007).

Segundo Viana e Machado, a instituição do federalismo no Brasil, isto é, a descentralização do poder central aos estados, tem origem na Constituição republicana de 1891 e esteve relacionado à idéia de permitir maior descentralização e autonomia para as elites regionais. A partir de então, aponta-se como um traço histórico do federalismo brasileiro a alternância entre períodos de centralização e descentralização, configurando um movimento pendular que estudos relacionam com os regimes autoritários ou com a ordem democrática (VIANA e MACHADO, 2009).

Assim, a descentralização é um fenômeno marcante nos processos recentes de reforma dos Estados, apresentando peculiaridades nas federações que variam de acordo com as características do país, o modelo federativo e as áreas da política. O desafio da construção de um sistema nacional de saúde em um país federativo é refletir a heterogeneidade das necessidades regionais e, ao mesmo tempo, reduzir as desigualdades para concretizar a cidadania nacional. (VIANA e MACHADO, 2009).

No início dos anos sessenta, ganha impulso a discussão de um novo arranjo federativo, sendo o caminho da descentralização com contornos municipalistas

defendido na Conferência Nacional de Saúde de 1963. No período autoritário – de 1964 até meados dos anos oitenta – a questão federativa foi solucionada de uma forma diversa, com um impulso concentrador de poder financeiro e normatizador na União. Na década de oitenta, a associação entre democracia e descentralização de políticas ganha força e se traduz na Constituição de 1988, que redesenha a estrutura de Estado em uma lógica de federação descentralizada, com ênfase no papel dos municípios (SPEDO et al, 2009).

Por outro lado, apesar da Constituição de 1988, da retórica descentralizadora das forças políticas envolvidas com a redemocratização e de medidas de descentralização em várias áreas, o modelo de Estado configurado nos últimos vinte anos se baseia em um centro nacional forte, com capacidade decisória e amplos recursos de regulação sobre os mercados (SPEDO et al, 2009).

Estudos realizados sobre a descentralização do sistema de saúde no Brasil têm revelado o forte papel indutor exercido pelo Governo Federal, mediante mecanismos de transferências de recursos financeiros para os municípios em função de sua adesão a determinadas políticas, negociadas nas instâncias intergestores (VILAS BOAS e PAIM, 2008).

Assim, o processo de descentralização no SUS ao ser enfatizado como uma estratégia prioritária e avançar, mesmo sob condições adversas, expressa na prática as contradições entre a agenda abrangente da reforma sanitária e a agenda liberal da reforma do Estado hegemônica nos anos noventa; visto que ambas influenciam as políticas de saúde. Ou seja, o próprio avanço da descentralização evidencia problemas estruturais do SUS não equacionados e lacunas de atuação federal, relacionadas ao contexto político-econômico adverso em que a política de saúde foi implementada (SPEDO et al, 2009).

Note-se que esse processo de descentralização da saúde é impregnado por distintas concepções, em face de contradições e conflitos. O projeto da reforma sanitária defendia a descentralização, em um contexto de redemocratização do país, como uma estratégia para aproximar os serviços de saúde às necessidades dos cidadãos, de forma a ampliar espaços democráticos, a participação social e o poder local. No entanto, o projeto de reforma do Estado defendia a descentralização como estratégia de modernização da administração pública, reduzindo o papel do Estado

e compartilhando responsabilidades com a sociedade e com o mercado (SPEDO et al, 2009).

Nesse sentido, dificilmente a descentralização é encontrada em seu estado puro ou é efetivada em sua radicalidade. Haverá sempre a coexistência com um grau variável de centralização, na dependência das forças políticas atuantes em cada momento histórico (SPEDO et al, 2009).

Considerando o desafio do SUS, a proposta de descentralização que implica a transferência de poder e competências do nível central para os níveis locais, pressupõe a definição de novas competências para os entes federados envolvidos, bem como a organização de novas estruturas administrativas. Para que esse novo arranjo seja efetivo, deve-se consolidar a capacidade de cada ente para executar novas funções e interagir com funções executadas pelas demais esferas de governo, mantendo um equilíbrio entre autonomia e interdependência. A capacidade de gestão do nível local para assumir e conduzir com responsabilidade políticas sociais se constitui em uma das variáveis determinantes para a conformação que a descentralização assume em cada região (SPEDO et al, 2009).

A descentralização da gestão promove a delegação de responsabilidades sem a equivalente delegação de poder decisório, isto é, a implementação das decisões centralizadas não tem a prerrogativa de modificações conforme a necessidade local (ANDRÉ e CIAMPONE, 2007).

Embora a descentralização tenha conseguido vários avanços, principalmente no que diz respeito ao acesso à atenção básica em todos os municípios, não foi capaz de permitir um mesmo grau de expansão nos serviços especializados, leitos hospitalares, terapia intensiva, cirurgias eletivas etc. Manteve a oferta desses serviços pelo setor privado e o gestor não é capaz de regulá-la adequadamente (ASSIS, 2009).

Concluindo, observamos, ainda, a competição do Estado com os municípios na execução de atividades, em vez de concentrar esforços no que deve ser a sua atribuição mais importante: a coordenação, a avaliação e a indução de políticas através de pactuações e financiamentos específicos. O controle de fluxo da média e alta complexidade e a regulação é outro desafio importante que deve ser enfrentado,

além do papel fundamental de mediação entre os sistemas municipais permitindo a consolidação das regiões de saúde (ASSIS, 2009).

PERCURSO METODOLÓGICO

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de Estudo

Ao escolher o caminho de investigação para diagnosticar o trabalho de gestão em seu cotidiano na direção dos Distritos Sanitários e para atingir os objetivos propostos neste estudo, optamos pelo desenvolvimento de uma investigação descritiva exploratória, de base quantitativa.

A metodologia adotada busca compreender a participação dos gestores distritais no município de Goiânia, em um contexto social específico e concreto, ou seja, a prática dos diretores no processo gerencial dos Distritos Sanitários.

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 (GIL, 2002; GIL 2010).

Embora definidas como pesquisas descritivas, com base nos objetivos do estudo, servem para proporcionar uma nova visão do problema, aproximando-a da pesquisa exploratória que nos permite desenvolver uma visão mais geral e proporciona maior familiaridade com o fato ou o tema, com intenção de torná-lo mais explícito, resultando em novos conhecimentos e compreensões 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; GIL 2010).

Nesse sentido, a construção do objeto de estudo sustentado pelo referencial teórico, onde discutimos as políticas de saúde, gestão do trabalho, a descentralização e o processo de trabalho dos gestores distritais, enquanto tecnologia do trabalho em saúde e 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 sete Distritos Sanitários da Secretaria Municipal de Saúde no Município de Goiânia, capital do Estado de Goiás e a coleta de dados realizada no ano de 2011.

A cidade de Goiânia foi planejada em meados dos anos 1930 e sua inauguração ocorreu em 24 de outubro de 1933, há 79 anos. Está localizada na região central do Brasil, aproximadamente a 200 km de Brasília, capital Federal. Dos 6.003.788 habitantes do Estado de Goiás, distribuídos em 246 municípios, residem em Goiânia aproximadamente 1.302.001 habitantes, distribuídos num território de 732.801 km², deste somente 0,4% na zona rural e 99,6% na zona urbana (IBGE, 2010).

Goiânia tem como municípios limítrofes Abadia de Goiás, Aparecida de Goiânia, Aragoiânia, Goianápolis, Goianira, Nerópolis, Santo Antônio de Goiás, Senador Canedo e Trindade. Somando-se a estes os municípios de Bela Vista e Hidrolândia, temos a Região Metropolitana de Goiânia, cujos municípios exercem pressão sobre a capital quanto à demanda de serviços públicos e trabalho. Estima-se que 13,3% da população residente na região metropolitana e trabalham ou estudam fora de seus respectivos municípios dirigindo-se para Goiânia (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2007).

A zona urbana de Goiânia foi recortada em doze grandes regiões, onde se localizam os sete Distritos Sanitários que compõem a Secretaria Municipal de Saúde (Figura 1): Distrito Sanitário Sul, Sudoeste, Oeste, Norte, Noroeste, Campinas-Centro e Leste (Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, 2012).



Figura 1 - Mapa do município de Goiânia com a divisão dos sete Distritos Sanitários de Saúde.

Fonte: Diretoria de Atenção à Saúde – Secretaria Municipal de Saúde – 2012.

Os Distritos Sanitários são resultados do processo de descentralização como proposta política-administrativa do SUS. Representam regiões administrativas responsáveis pela saúde de uma população maior que muitos municípios do Estado de Goiás. Podemos observar no Quadro 1, a distribuição da população e Unidades de Saúde por Distrito Sanitário (Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, 2012).

Quadro 1 – Distribuição da população e Unidades de Saúde por DS, em Goiânia 2009.

Distrito Sanitário	População por DS	Nº de Unidades de Saúde
Campinas Centro	317.587	16
Leste	177.661	15
Noroeste	171.609	22
Norte	142.251	12
Oeste	102.979	17
Sudoeste	181.777	17
Sul	192.946	13
Total	1.287.223	112

Fonte: Diretoria de Atenção à Saúde - Secretaria Municipal de Saúde. Goiânia - GO, 2009.

Os Distritos Sanitários são estruturas político-administrativas localizadas estrategicamente nas sete regiões administrativas do município de Goiânia. Os DS são resultados do processo de descentralização propostos pelo SUS, mas sem a concomitante descentralização financeira e orçamentária. São responsáveis pela saúde da população que reside e trabalha na sua área de abrangência. No Brasil, a descentralização tem-se constituído em um dos principais componentes do processo de Reforma Sanitária preconizada pela 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 (SILVA, 2007).

Cada DS em Goiânia possui uma rede de serviços próprios e conveniados que visam à atenção à saúde da população. Todos os Distritos deveriam ser autossuficientes na totalidade dos aspectos da assistência à saúde, mas isso nem sempre acontece. Os Distritos localizados no centro da cidade possuem a maior parte dos serviços de referência enquanto os mais periféricos têm melhor cobertura de serviços básicos.

Os DS são compostos pelos gestores (Diretor Geral, Supervisor Técnico e Supervisor Administrativo) além de profissionais das diversas categorias que compõem sua equipe técnica: médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, biomédicos e farmacêuticos. Além dos profissionais de nível superior, temos nas equipes aqueles de nível médio como: técnicos de enfermagem, técnicos de saúde bucal e agentes de endemia que estão lotados nos DS, mas prestam serviço no campo na prevenção da dengue. Colaboram também na equipe distrital, técnicos e auxiliares administrativos, motoristas e auxiliares de serviços gerais.

Nem todos os aspectos da atenção à saúde são gerenciados pelos DS como a Vigilância Sanitária que trabalha de maneira centralizada. A Vigilância à Saúde é um serviço recém-implantado nos distritos, através do representante da Epidemiologia que realiza de forma descentralizada notificações, bloqueios, etc. A Diretoria de Controle e Avaliação também funciona de forma centralizada, não tendo nenhuma representação no nível distrital. Sendo assim, a Diretoria de Atenção à Saúde através de suas Unidades próprias é gerida por cada um dos DS na região de sua abrangência, sendo imprescindível esta ação para o bom andamento de todas as atividades desenvolvidas nas Unidades de Saúde.

A Rede Municipal de Saúde dispõe de 112 Serviços de Saúde Pública para atendimento das necessidades de saúde da população, que estão distribuídos nos

sete Distritos Sanitários em diferentes níveis de complexidade. Temos, portanto, na Rede Municipal de Saúde 62 Unidades Básicas de Saúde da Família compostas por 180 Equipes de Saúde da Família cuja cobertura é de 42% da população. Contamos ainda com 22 Centros de Saúde tradicionais que auxiliam na prestação do primeiro atendimento do SUS.

Os CAPS - Centro de Atenção Psicossocial, as Residências Terapêuticas, o Ambulatório Municipal de Psiquiatria, o Pronto Socorro Psiquiátrico Wassily Chuc, além das Unidades de Produção Solidária compõem a rede de atendimento à Saúde Mental.

Os CIAMS - Centro Integral de Assistência Médico Sanitária e os CAIS - Centro de Assistência Integral à Saúde prestam atendimento ambulatorial, em urgência e emergência 24 horas. Possuem leitos de observação que seriam, a princípio, local para estabilização de pacientes graves, mas que acabam servindo para internações temporárias na espera de leitos hospitalares.

Prestam assistência ambulatorial especializada: Centro de Referência à Pessoa Idosa - CRASPI; Centro de Referência em Diagnóstico e Terapêutica - CRDT; Centro de Referência em Ortopedia e Fisioterapia - CROF e Ambulatório Municipal de Queimaduras. As Maternidades Nascer Cidadão e a recém-inaugurada Dona Iris prestam assistência humanizada ao pré-natal, parto e puerpério à população. Temos, ainda, dez módulos para atendimento odontológico e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU (DAS/SMS, 2012).

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, além de auditoria, controle e avaliação.

Dentro dessa complexidade do Sistema de Saúde da cidade de Goiânia, definimos como nosso campo de estudo os sete Distritos Sanitários que estão localizados, conforme organograma abaixo, na Diretoria de Atenção à Saúde.

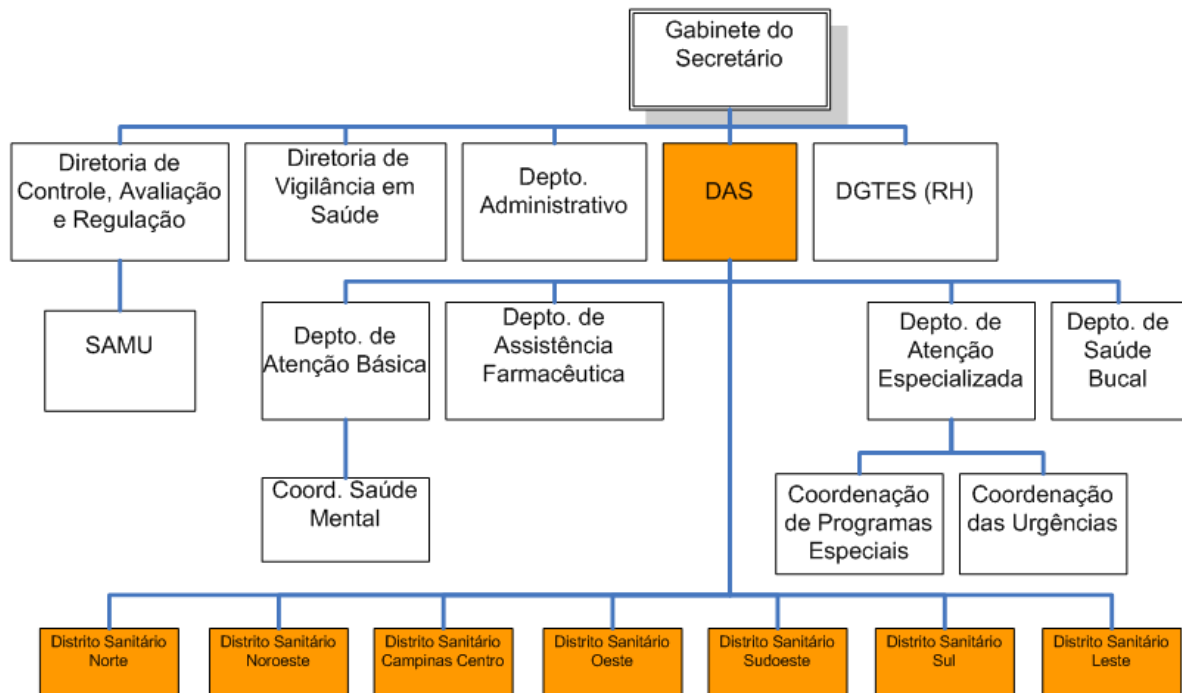


Figura 2: Organograma simplificado da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, 2012.
Fonte: Diretoria de Atenção à Saúde/Secretaria Municipal de Saúde, 2012.

4.3 População do Estudo

A população do estudo foi composta pelos gestores dos Distritos Sanitários da Secretaria Municipal de Saúde do 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 profissionais deviam estar lotados nos Distritos Sanitários nos cargos de Diretor Geral de Distrito, Supervisor Técnico e Supervisor Administrativo, e que concordassem em participar da investigação.

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

Portanto, neste estudo, trabalhamos com a totalidade de 20 profissionais com a função de gestão dos Distritos Sanitários, entre eles diretores gerais, supervisores técnicos, supervisores administrativos.

4.4 Coleta de Dados

O Projeto de Pesquisa foi apresentado 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 gestores dos serviços que se incluíam nos critérios descritos.

Cada entrevista durou em média quarenta minutos, tendo o registro das respostas ocorrido, simultaneamente, conforme orientado em treinamento prévio.

A coleta de dados da pesquisa foi realizada nos meses de outubro a novembro de 2011, por auxiliares de pesquisa (alunas de Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica - PIBIC e Programa Institucional de Voluntários de Iniciação Científica - PIVIC, assim como uma mestrandade de enfermagem) que passaram por treinamento prévio.

Optamos por não participarmos diretamente da coleta de dados por questões éticas, uma vez que a mestrandade foi coordenadora da Diretoria de Atenção à Saúde, onde os Distritos Sanitários estão localizados no organograma da SMS. A participação se deu de forma indireta, agendando as entrevistas e preparando as entrevistadoras.

Foi utilizado como instrumento para a coleta de dados entrevista estruturada, a partir de uma relação fixa de perguntas previamente construídas, aplicado por meio de entrevista diretamente aos sujeitos pesquisados (APÊNDICE A).

O instrumento foi inicialmente apresentado a cada gestor que, em seguida, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), conforme prevê a Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. Após a assinatura desse documento deu-se prosseguimento à entrevista.

A coleta foi realizada nos sete Distritos Sanitários, onde as entrevistas foram agendadas, previamente, com todos os gestores. Os gestores que não participaram da entrevista no próprio Distrito, por algum motivo, foram agendados na sede da SMS por ocasião da participação em alguma reunião pré-existente para otimizar o tempo daqueles profissionais, já que têm sua agenda repleta de atividades.

O instrumento de coleta de dados foi construído a partir da experiência na área de gestão vivenciada pela mestranda, bem como nas bases científicas contidas na literatura sobre o tema.

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

Primeira parte – aspectos relacionados à caracterização dos entrevistados:

Sexo, idade, instituição de ensino de graduação, ano de graduação, experiências profissionais, tempo de exercício de atividades gerenciais anteriores/e atuais, tipo de vínculo empregatício e capacitação para a gestão.

Segunda parte – questões relacionadas à gestão das pessoas, equipes de trabalho nos Distritos Sanitários:

Caracterização da equipe de profissionais e quantitativo de pessoas sob a gestão distrital, política de cargos e salários e educação permanente proposta pelo Distrito ou pelo nível central da SMS. Avaliação dos próprios conhecimentos quanto à gestão e interesse em realizar cursos de formação.

Terceira parte – questões relacionadas ao cotidiano de trabalho nos Distritos Sanitários:

Principais atividades de gestão desenvolvidas, ferramentas gerenciais, indicadores e instrumentos de comunicação utilizados no cotidiano da gestão dos DS pelos participantes do estudo. Foram questionados, também, os pontos de estrangulamento presentes na gestão.

Quarta parte – questões relacionadas aos resultados dos serviços:

Questionamento quanto ao uso de planejamento e avaliação de resultados alcançados, opinião com relação às características pessoais e profissionais necessários ao trabalho gerencial e autoavaliação com relação ao trabalho de gestão.

Quinta parte – questões relacionadas à caracterização da gestão:

Questionamento quanto à satisfação financeira com relação à gestão e planos futuros.

As questões que compõem o instrumento de coleta de dados apresentam a intenção de aproximar a realidade à prática dos gestores distritais. As questões que envolvem

o cotidiano, assim como as formas de enfrentamento das diversidades e alternativas utilizadas pelos gestores, foram investigadas com vistas a encontrar pontos convergentes e divergentes na prática da gestão.

4.5 Aspectos éticos

Este estudo integra o Projeto de Pesquisa em andamento intitulado “Análise da Prática Gerencial nos Serviços de Atenção Primária à Saúde em Goiânia, Goiás” e teve como base os cuidados éticos necessários para pesquisa com seres humanos preconizados pela Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em 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 Nº: 031/2009 (ANEXO B).

4.6 Análise dos dados

Após concluir a coleta, foi construído um banco de dados, utilizando o *Software* SPSS-15.0, na seqüência foram codificados para realizar a 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.

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 a que cada acontecimento ocorreu foi contabilizado.

Para a análise daquelas variáveis que, mesmo sendo estruturadas, permitiam ao gestor uma resposta com múltiplas possibilidades, utilizamos uma categorização

fundamentada na leitura das respostas e do seu agrupamento por semelhança (MINAYO, 2011).

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 escolha do método de pesquisa não se restringe à descrição quantitativa ou qualitativa, mesmo porque a quantificação dos dados não constitui um procedimento acríptico em si mesmo. Especialmente nas pesquisas descritivas, os números cumprem importante função para fortalecer argumentos, para demonstrar tendências predominantes e destacar as divergências.

A análise descritiva deste estudo foi apresentada por meio de texto, bem como através de tabelas, gráficos e quadros demonstrativos. Qualquer que seja o método de apresentação, o relatório deve dar ao leitor um quadro claro e organizado dos resultados da pesquisa (GIL, 2010).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A gestão dos Distritos Sanitários da Secretaria Municipal de Saúde, no município de Goiânia, objeto deste estudo, será apresentada e discutida contemplando os objetivos propostos com base no referencial teórico, considerando o perfil, a formação dos gestores e as ações desenvolvidas no trabalho de gestão na saúde, dentro de uma perspectiva cada vez mais complexa.

Para apresentarmos os resultados deste estudo, fizemos uma exposição do trabalho de gestão desenvolvido pelos diretores dos Distritos Sanitários - DS que participaram da pesquisa, visando fornecer um panorama geral a respeito do perfil sócio demográfico, das condições de trabalho, formação, fragilidades e experiências profissionais.

Por fim, buscamos apreender as características necessárias para o desenvolvimento do trabalho de gestão nos DS, em Goiânia, na perspectiva dos gestores, tentando compreender a complexidade do trabalho e as características essenciais que nos permitiram refletir como é o trabalho no dia-a-dia nos DS, como se desenvolve e organiza, buscando apreender dessa rotina as necessidades de capacitação continuada dos gestores.

5.1 Perfil dos Gestores dos Distritos Sanitários

No presente estudo, contamos com 20 profissionais de saúde ligados à gestão dos sete Distritos Sanitários da Secretaria Municipal de Saúde - SMS de Goiânia, que significa 95% da população envolvida na pesquisa, formada por gestores que ocupam os cargos de diretores, supervisores técnicos e supervisores administrativos. Na ocasião do estudo, havia um cargo vago que foi ocupado, somente após a realização da coleta de dados.

A faixa etária dos gestores deste estudo variou entre 27 e 59 anos, três (15%) deles possuem idade abaixo de 30 anos; sete (35%) estão entre 31 a 40 anos; seis (30%) têm de 41 a 50 anos e quatro (20%) gestores estão acima de 50 anos (Tabela 1).

Tabela 1: Caracterização dos gestores dos Distritos Sanitários do município de Goiânia-GO, 2011.

Características	Frequência (n=20)	%
Idade/anos		
21 a 30	03	15,0
31 a 40	07	35,0
41 a 50	06	30,0
Mais de 50	04	20,0
Sexo		
Feminino	18	90,0
Masculino	02	10,0
Anos de graduação*		
1 ano	02	11,1
> 1 a 10 anos	05	27,8
> 10 a 20 anos	04	22,2
> 20 anos	07	38,9
Instituição de ensino de graduação		
Pública	03	15,0
Privada	17	85,0
Experiência gestão		
Até 5 anos	05	25,0
>5 a 10 anos	09	45,0
> 10 anos	05	25,0
Sem informação	01	5,0

Fonte: Dados da pesquisa.

* Nesta variável o total é 18

Neste estudo identificamos que há uma concentração nas idades entre 31 a 50 anos (65%). Esse achado assemelha-se aos encontrados em estudos anteriores, realizados em Goiânia por Rosso (2008), em que, cerca de, 75% dos enfermeiros gestores tinham entre 31 e 50 anos de idade e estavam inseridos nos serviços de gestão da Diretoria de Atenção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

Este fato demonstra que a maioria dos gestores dos DS encontra-se na faixa etária acima de 30 anos, o que sugere que tenham certa maturidade e experiência acumulada em serviços de saúde. Consideramos que esse fato influencia positivamente no desenvolvimento da gestão.

Quanto ao sexo dos gestores dos DS, predominou o sexo feminino, com 18 (90%) mulheres e dois (10%) gestores do sexo masculino. Este é um dado já esperado, tendo em vista que, no setor de saúde, a participação feminina, segundo

Wermelinger, chega a quase 70% do total de recursos humanos e 62% das categorias de nível superior são compostas por mulheres. Na maioria das profissões estudadas, há predominância do sexo feminino, com exceção para médicos veterinários e médicos. As profissões mais feminizadas são nutricionistas, seguidas por enfermeiros e psicólogos. (WERMELINGER et al, 2010).

Há uma situação bastante diferenciada no que diz respeito ao tempo de graduação dos diretores dos DS. Obtivemos variações, desde aqueles que ainda estão se graduando, até aos que possuem 27 anos de formados. Temos dois gestores que ainda estão em processo de graduação. Dois diretores com apenas um ano de graduação (11,1%). De 3 a 9 anos temos cinco diretores (27,7%) e de 14 a 20 anos quatro profissionais (22,2%). Sete gestores se graduaram há mais tempo, de 21 a 27 anos, o que representa 38,8% do total. Portanto, temos mais da metade dos gestores de DS (61,1%) graduados há mais de 10 anos.

Com relação à instituição de ensino em que se graduaram, encontramos que 85% que são provenientes de instituição de ensino privada. Esse resultado reforça a predominância de investimento público na educação básica em detrimento do ensino superior no Brasil, a partir da década de 90, o que ocasionou um aumento significativo do investimento privado neste setor. A privatização crescente da educação superior, da qual o Brasil é o exemplo extremo com 75% das matrículas nas instituições privadas, figurando como o sétimo país no mundo em presença neste setor (GONÇALVES, 2008).

Dessa maneira, este estudo aponta para a tendência de privatização do ensino superior no Brasil, o que pode ser verificado no Censo da Educação Superior de 2010, realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) do Ministério da Educação, onde foram registradas 2378 instituições de ensino superior e destas apenas 278 (11,7%) são públicas e 2100 (88,3%) são privadas (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2010).

No que diz respeito à experiência na gestão, observamos que a maior concentração está no grupo com experiência superior a cinco anos até 10 anos com nove gestores (45%). Se somarmos este grupo com o que possui experiência superior a 10 anos teremos um percentual de 70% dos diretores dos DS com experiência em gestão acima de cinco anos. Esse fato significa que os gestores têm permanecido nos cargos de chefia por mais de quatro anos que é o tempo de duração de uma

administração municipal. Podemos constatar que no quesito experiência de gestão, temos profissionais de saúde com acumulação nas atividades de gestão em saúde, o que pode contribuir para o desenvolvimento do trabalho no desempenho das funções gerenciais.

Ao fazer uma análise dos gestores que estão em processo de graduação ou que se formaram até um ano, identificamos que os supervisores administrativos encontram-se nesta categoria com maior frequência. Podemos observar, também, neste grupo de gestores, uma maior rotatividade e, conseqüentemente, menor experiência de gestão, além disso, o maior percentual de indicação política. Enfatizamos que a indicação de um profissional, para o cargo de gestão distrital, pode interferir no desenvolvimento das atividades exercidas nos DS, como na atenção prestada à saúde da população.

No que diz respeito aos profissionais graduados, podemos observar na Tabela 2 que a principal categoria profissional que representa os gestores é a enfermagem, com seis (30%), seguido do serviço social, com três (15%) e administração e farmácia com dois (10%) gestores cada. As outras profissões têm apenas um representante, o que equivale a 5% de cada uma delas: fonoaudiologia, fisioterapia, nutrição, direito, administração em marketing, história e psicologia. Demonstra-se aqui uma grande variedade de profissões que extrapolam àquelas inerentes à área de saúde.

Tabela 2: Categoria profissional dos gestores dos Distritos Sanitários da Secretaria Municipal de Saúde, Goiânia, 2011.

Categoria	Frequência	
	(n= 20)	%
Enfermagem	6	30
Serviço Social	3	15
Administração	2	10
Farmácia	2	10
Fonoaudiologia	1	05
Fisioterapia	1	05
Nutrição	1	05
Direito	1	05
Administração em Marketing	1	05
Historia	1	05
Psicologia	1	05
TOTAL	20	100

Fonte: Dados da pesquisa.

A predominância de seis (30%) enfermeiros gestores dos Distritos Sanitários em Goiânia é significativa no contexto de saúde local se comparado com as demais categorias. A enfermagem vem se destacando nas atividades de gestão segundo estudos anteriores (ROSSO, 2008 e MORAES, 2012). Deve-se considerar, ainda, que, quantitativamente, a enfermagem é o segundo maior contingente que compõe o conjunto de profissionais da Secretaria Municipal de Saúde; tem um número menor somente se comparada à categoria de médicos. A SMS conta, atualmente, com 672 enfermeiros e 1844 médicos (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA, 2012).

Quanto ao vínculo empregatício dos gestores, verificamos que a maioria dos diretores dos DS possui vínculo efetivo com a Secretaria Municipal de Saúde, isto é, 16 profissionais que representam 80% da população estudada. Este fato demonstra uma relação de estabilidade e comprometimento dos gestores com a função exercida. Os cargos comissionados representam 20% dos gestores estudados.

Dessa forma, podemos constatar que influência política na indicação dos cargos de gestão é menor do que poderíamos supor, já que a maioria dos profissionais pertence aos quadros efetivos da SMS. Ressaltamos, assim, a necessidade de “proteger” os serviços da descontinuidade administrativa, uma vez que o cargo de Diretor de DS interfere diretamente nas condições de trabalho de um grupo significativo de Unidades de Saúde subordinadas à direção de cada DS.

Enfatizamos, assim, que o trabalhador que possui inserção fixa no sistema tem melhores garantias trabalhistas e está menos sujeito à precarização do trabalho, sendo este um indicador importante na gestão das pessoas (SCALCO et al, 2010).

Com relação à qualificação profissional para o cargo de gestão 16 (80%) afirmaram terem realizado cursos de qualificação específicos para a gestão em saúde. Em estudo realizado no município de São Paulo, foi observado que 40% dos gestores de Unidades de Saúde da ESF não possuíam qualquer curso na área de gestão (ANDRÉ e CIAMPONE, 2007).

Observamos, ainda, que a maior titulação encontrada em nosso estudo foi a especialização em Saúde Pública realizada por dois gestores, conforme demonstrado no Gráfico 1.

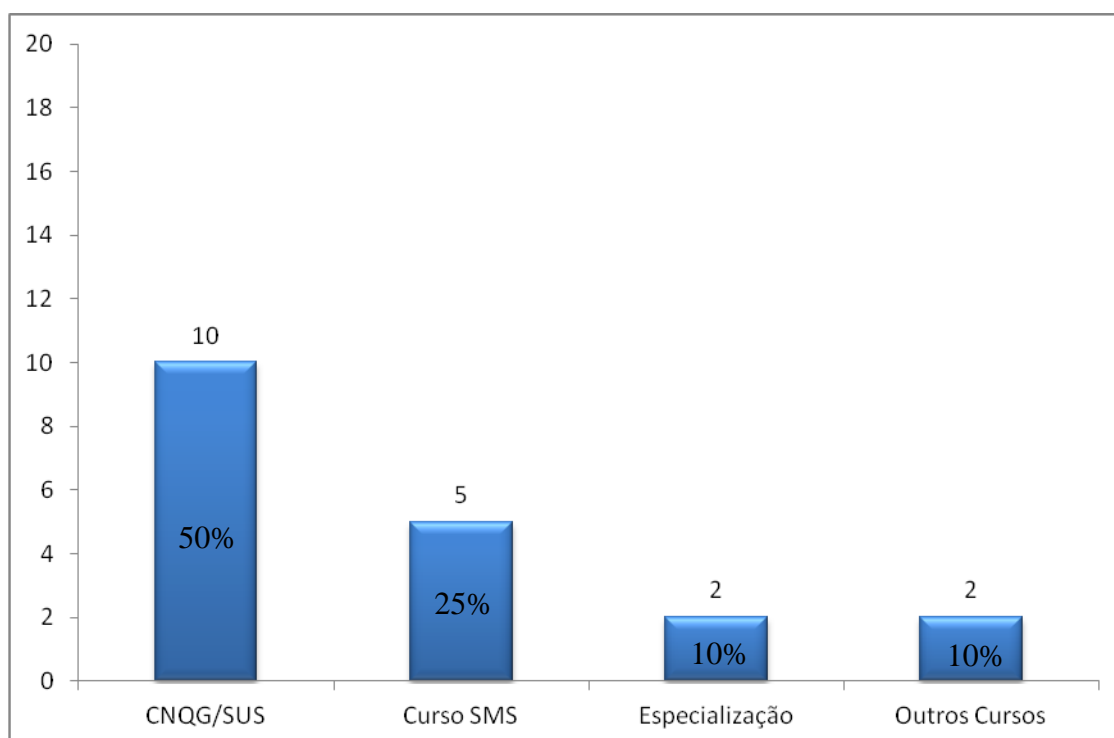


Gráfico 1: Distribuição dos cursos de qualificação para o desenvolvimento da gestão nos DS. Goiânia-GO, 2011.

Fonte: Dados da pesquisa.

O Gráfico 1 destaca que 10 (50%) dos gestores dos DS, realizaram o Curso Nacional de Qualificação de Gestores do SUS - CNQG/SUS desenvolvido através da modalidade ensino a distância com financiamento do Ministério da Saúde - MS em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz e o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás/ NESC-UFG e Escola de Saúde Pública da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Este curso específico faz parte da Política Nacional de Qualificação da Saúde desenvolvida pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES – MS. Está sendo realizado em todo Brasil em parceria com as Universidades Federais e Escolas de Saúde Pública Estaduais. O que demonstra que atividades como esta têm sido exitosas por atingirem realmente o objetivo esperado de qualificar a gestão no SUS, no sentido de ampliar a efetividade e a qualidade da atenção prestada à população (OLIVEIRA e MACHADO, 2010).

Portanto, a formação em nível de graduação e pós-graduação são aspectos no perfil dos gestores que precisam ser valorizados e sistematizados por uma política que contemple a realização da educação permanente.

Quando arguidos se exercem outra atividade, além da gestão dos Distritos Sanitários, 18 gestores (90%) responderam negativamente, significando que há uma dedicação exclusiva de trabalho por parte de quase todos os gestores. Situação diferente pôde ser encontrada em pesquisa realizada no Rio de Janeiro com enfermeiras no cargo de gestão em um Hospital Universitário onde se verificou que 35 gestores (53%) têm dois vínculos públicos (SANTOS e CASTRO, 2010).

Com esse resultado podemos afirmar que o trabalho na saúde pública na SMS do município de Goiânia deixou de ser meramente uma atividade complementar a uma carreira principal. Muitos profissionais passaram a se dedicar, exclusivamente, ao exercício da gestão ou mesmo à atividade de sua formação nas diferentes áreas da saúde pública.

Este fato pode ser devido à implantação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários - PCCS que propiciou a melhoria dos vencimentos para um ganho superior ao que se recebe nas instituições da rede privada de saúde. A exceção acontece na categoria médica que continua ainda acumulando um grande número de vínculos empregatícios, em detrimento às suas condições de trabalho e cuidados com sua própria saúde, na tentativa de auferir um salário mais elevado (MACIEL, 2010).

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD, realizada pelo IBGE, referentes aos anos de 1992, 1993, 1995 a 1999 e 2001 a 2005, os salários no setor público são, em geral, superiores aos pagos no setor privado. Nesta pesquisa é constatado que no mesmo período em que os empregados formais do setor privado tiveram crescimento de 4% em sua renda, a renda média dos funcionários públicos cresceu 35% (VAZ e HOFFMANN, 2007).

Essas informações levam-nos a refletir sobre a mudança nos serviços públicos, principalmente em relação à estabilidade e melhores salários, se comparados à área de saúde do setor privado. Este fato pode ser constatado nos vários concursos públicos realizados em diferentes áreas, assim como no último concurso público executado pela Prefeitura de Goiânia - Secretaria Municipal de Saúde quando concorreram 113.500 candidatos para 1139 vagas (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA, 2012).

Com relação aos aspectos que motivaram os profissionais de saúde a ocuparem cargos de gestão, observa-se que 11 deles (55%) foram por indicação política. A

capacidade técnica de gestão apareceu em segundo lugar com oito (40%) dos gestores. A indicação de colegas ou outros gestores somam sete gestores representando 35%. Em pesquisa realizada em municípios de Minas Gerais, observa-se que 55,6 % dos profissionais de nível superior ocupam cargos públicos por meio da indicação política. Portanto, é importante ressaltar que a indicação política é um aspecto bastante utilizado para ocupação dos cargos de gestão quando se considera que muitos desses gestores não estão preparados para esta função, pois não possuem perfil nem formação para a gestão (JUNQUEIRA et al, 2010).

Em outro estudo semelhante, as relações de poder decorrentes da dimensão político-partidária são citadas como um fator negativo à gestão, tendo em vista que, a cada mudança do executivo municipal, há também uma mudança nos cargos considerados de confiança, provocando a descontinuidade de ações (ANDRÉ e CIAMPONE, 2007).

5.2 Gestão nos Distritos Sanitários

Analisamos neste capítulo as atividades desempenhadas na gestão dos DS consideradas de fundamental importância, as consideradas de maior dificuldade e aquelas de maior facilidade, além da discussão a respeito ao conhecimento dos gestores sobre o Plano de Cargos, Carreiras e Salários – PCCS e de aspectos da política de Educação Permanente.

Procuramos demonstrar, também, como se caracteriza a gestão dos sete DS em relação aos instrumentos de gestão utilizados e as formas de comunicação entre os níveis de gestão para o desempenho das atividades voltadas para a organização do trabalho e a descentralização da gestão.

Discutimos, ainda, as atividades desenvolvidas no cotidiano do trabalho, consideradas de importância e de estrangulamento para o exercício da gestão no DS.

Dentre as atividades de gestão consideradas de fundamental importância pelos gestores dos DS, a gestão da equipe foi considerada a atividade de maior importância para o desenvolvimento da gestão para sete (35%). Esta atividade também é considerada como de maior importância em estudo semelhante realizado

em Goiânia com os gestores enfermeiros (ROSSO, 2008). Nesse estudo a autora ressalta como fundamental o investimento no desenvolvimento da competência do relacionamento interpessoal com as equipes.

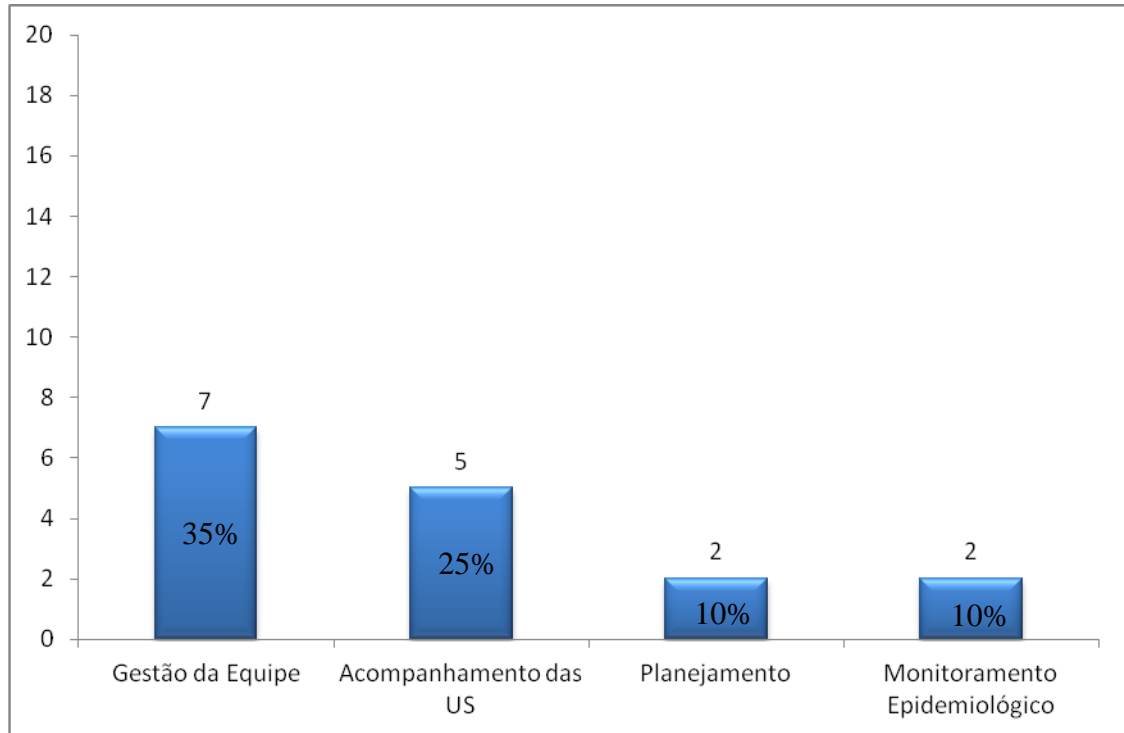


Gráfico 2: Distribuição das atividades consideradas de fundamental importância para a gestão em saúde sob o ponto de vista dos gestores dos DS do município de Goiânia-GO, 2011.

Fonte: Dados da pesquisa.

Nessa perspectiva, Munari e Bezerra reforçam a necessidade de que os gestores aprimorem suas competências para melhor lidar com situações de conflito presentes no dia a dia das instituições que são extremamente complexas, onde coexistem diferenças, interesses e idéias diversas. A melhoria dos relacionamentos interpessoais, proporcionada pela gestão, pode gerar resultados satisfatórios e de melhoria da qualidade dos serviços prestados (MUNARI e BEZERRA, 2004).

Ressaltamos, assim, que os conflitos são comuns nas diferentes equipes de saúde, podem surgir por motivos diversos, mas, frequentemente, se desenvolvem em função de diferenças individuais como valores, crenças, atitudes além de mal entendidos e falhas na comunicação. O gestor precisa ter competência para trabalhar os relacionamentos interpessoais no interior das equipes reduzindo os conflitos existentes (FERNANDES, MACHADO e ANSCHAU, 2009; FERNANDES et al, 2010).

A atividade de acompanhamento das unidades de saúde, que significa o monitoramento de suas ações em relação ao desenvolvimento dos projetos e programas, foi referida por 25% dos gestores, enquanto 10% acusaram como de fundamental importância o planejamento e o monitoramento epidemiológico.

Estes resultados demonstram a valorização da questão da gestão da equipe, sob o ponto de vista do gestor, entretanto, a atividade de planejamento é considerada importante somente para uma minoria dos gestores (10%).

Embora o planejamento seja visto como uma atividade que organiza as práticas de saúde contribuindo para a implementação de suas políticas, evidências na literatura indicam uma precária incorporação do planejamento à gestão de instituições públicas de saúde, como também podemos evidenciar em nosso estudo (VILAS BÔAS e PAIM, 2008).

Destacamos, assim, que o planejamento e a avaliação em saúde, realizados de forma sistematizada, reduziriam a quantidade de ações executadas sem previsão e, conseqüentemente, melhorariam a qualidade dos serviços prestados à população, bem como otimizariam os recursos na saúde (PAIVA et al, 2010).

Quando observamos, simultaneamente, as atividades consideradas de maior potencialidade e maior fragilidade pelos gestores (Figura 3) podemos notar que, muitas atividades, são consideradas tanto como maior potencialidade, como maior fragilidade.

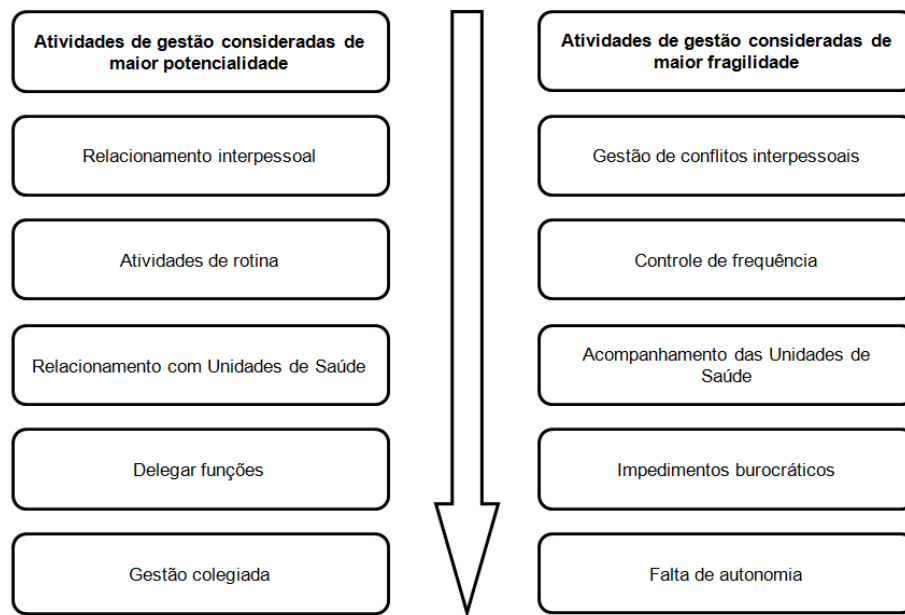


Figura 3. Atividades de gestão consideradas de maior potencialidade e fragilidade pelos diretores dos DS. Goiânia-GO, 2011.

Fonte: Resultados da Pesquisa

Nas atividades de gestão consideradas de maior potencialidade o relacionamento interpessoal desponta como a atividade mais citada por nove gestores (45%). As atividades de rotina foram apontadas por cinco gestores (25%), o relacionamento com as Unidades de Saúde, delegar funções e a gestão colegiada, isto é, aquela que é compartilhada foram citadas por dois (10%) gestores.

Na sequência, entre as atividades consideradas de maior fragilidade, a gestão de conflitos interpessoais aparece com maior frequência com nove gestores (45%). O controle da frequência é considerado como uma dificuldade por dois (10%) dos entrevistados; enquanto outros dois (10%) citam o acompanhamento das unidades como um fator de dificuldade. Impedimentos burocráticos e falta de autonomia são citados apenas por um gestor (5%).

Podemos dizer que apesar da proposta de descentralização estar muito atual, no cotidiano dos serviços verifica-se que algumas ações são descentralizadas, mas que a autonomia financeira e outros processos de gestão continuam centralizados. A descentralização deve ser fortalecida através da consolidação da capacidade e autonomia de cada estrutura, isto é, os DS é que passam a exercer novas funções (SPEDO et al, 2009).

Este fato pode ser observado no Gráfico 3 que expõe os pontos de estrangulamento presentes na gestão do DS. 18 gestores (90%) citaram itens relacionados com a infraestrutura. Essas limitações não estão na governabilidade da gestão distrital, dependendo, muito mais do nível central e até da gestão municipal, como um todo, já que são fatores ligados às questões de repasse financeiro e disponibilidade orçamentária.

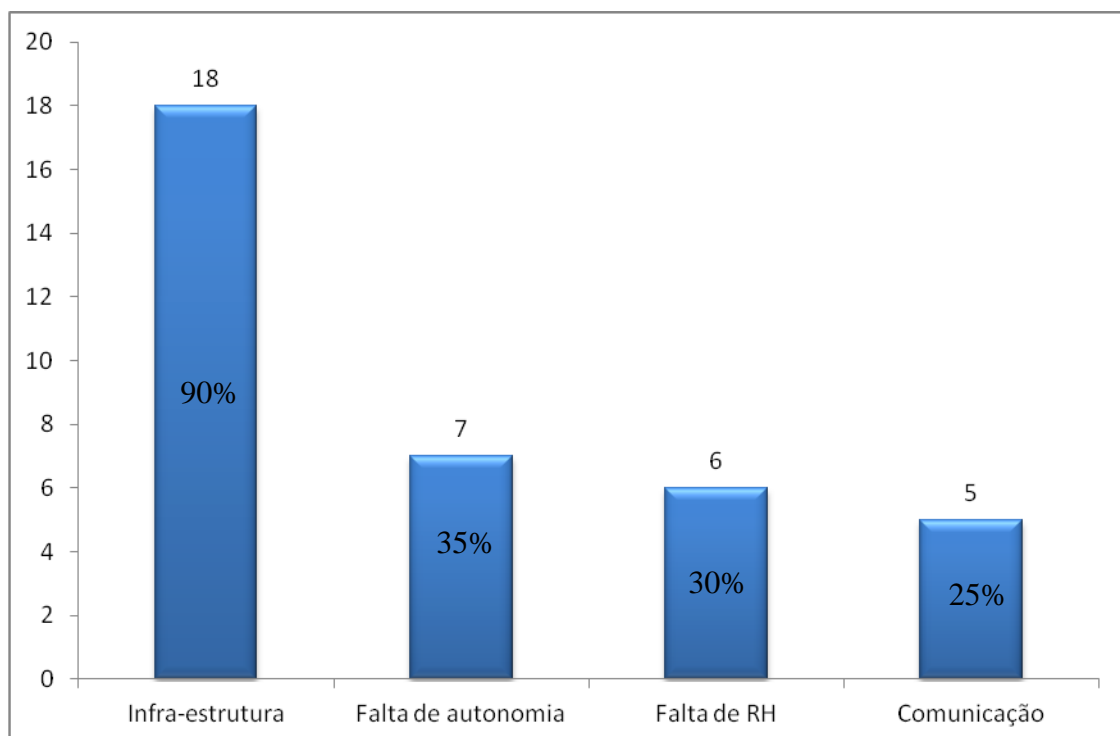


Gráfico 3. Pontos de estrangulamento relatados pelos gestores dos DS do município de Goiânia-GO, 2011.

Fonte: Dados da pesquisa.

Para Moura et al, a estrutura deve ser valorizada como um dos componentes para análise dos sistemas de saúde. Está relacionada àquilo que propicia a prestação de serviços, que inclui a edificação e os equipamentos oferecidos, além do pessoal que compõe o serviço de saúde. Deve-se, assim, reconhecer sua relação com a qualidade dos processos de trabalho em saúde e para o alcance dos resultados na saúde da população atendida (MOURA et al, 2010).

Nessa perspectiva, destacamos que a maioria dos imóveis que abrigam as sedes dos DS, assim como as Unidades de Saúde por eles gerenciadas, não são edificações próprias da SMS. Funcionam em imóveis alugados adaptados para o

desenvolvimento de suas atividades. Muitos DS têm o número maior de servidores que o espaço físico pode comportar, gerando desconforto de toda equipe. A expansão da rede própria de saúde constitui um desafio para os próximos gestores. Converter as Unidades de Saúde locadas para construções próprias em áreas públicas determinará um grande avanço na prestação de serviços à comunidade (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2007).

O problema da falta de autonomia também é apontado por sete (35%) dos gestores como um ponto de estrangulamento importante para o desenvolvimento do trabalho de gestão. Podemos dizer que é delegada aos gestores a responsabilidade sem a equivalente delegação de poder decisório. Transferem-se responsabilidades pela implementação de decisões do nível central, porém sem a prerrogativa de poder modificá-las conforme a necessidade local (ANDRÉ e CIAMPONE, 2007).

A autonomia é um dispositivo necessário, tanto para os gestores como para os trabalhadores que atuam na ação clínica no cotidiano das Unidades de Saúde. Nesse sentido, não só a autonomia financeira se faz necessária de fato nas instituições de saúde, como a autonomia da produção de saúde presente na prática de cada trabalhador (MORAES, 2012).

Outro ponto de estrangulamento citado por seis gestores (30%) foi a falta de Recursos Humanos. Essa questão se agrava quando levamos em consideração as restrições orçamentárias impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal - LRF. A necessidade de contratação de pessoal para atender às novas demandas trazidas pelas políticas de saúde, que vão, desde a estruturação de equipes básicas da ESF, até aos serviços que requerem alta tecnologia, como aqueles oferecidos pelas Unidades de Pronto Atendimento - UPA, forçam a extrapolação dos limites permitidos pela lei em questão (CONASS, 2007; MARCONI e MORICONI, 2009).

Em estudo realizado com gestores da ESF, as principais dificuldades apontadas pelos entrevistados foram a composição incompleta das equipes de PSF, falta de capacitação de alguns profissionais, falta de recursos financeiros, material e equipamentos (FERNANDES et al, 2010).

Outra questão que diz respeito à gestão de pessoas é a dificuldade que se tem de adesão da equipe de saúde aos projetos propostos pela equipe de gestão. Em contrapartida, o gestor não tem autonomia para implantar mecanismos de sanção ou

premiação dos funcionários de acordo com o cumprimento de metas qualitativas ou quantitativas. Os servidores concursados não podem ser demitidos e uma simples transferência deve ter a concordância de outras instâncias, até mesmo do nível central (ANDRÉ e CIAMPONE, 2007).

A comunicação foi admitida como outro fator de estrangulamento para cinco (25%) gestores. A inadequação da comunicação em um dos pontos da rede assistencial certamente causará danos a alguma das partes envolvidas dificultando o processo assistencial (MORAES, 2012).

Sendo assim, a comunicação é um fenômeno essencial no processo de trabalho, o modo como uma idéia é transmitida interfere no comportamento dos trabalhadores e na sua relação com o trabalho desenvolvido (FERNANDES, MACHADO e ANSCHAU, 2009).

Nesse sentido, podemos relacionar a comunicação inadequada como um fator que interfere também no conhecimento sobre a existência de uma política de cargos e salários na SMS; todos os gestores participantes do estudo afirmam conhecê-la. Quando solicitados para expor quais aspectos são do seu conhecimento, as respostas se limitaram aos benefícios por tempo de trabalho, oito (40%) gestores, a progressão horizontal e vertical para quatro (20%) dos entrevistados, sendo que os outros quatro (20%) responderam que conhecem pouco ou não conhecem essa política (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição quanto aos temas de conhecimento da política de cargos e salários pelos gestores dos DS. Goiânia-GO, 2011.

Variáveis	Frequência (n=20)	%
Benefícios por tempo de trabalho	08	40
Progressão horizontal e vertical	04	20
Pouco ou nenhum conhecimento do conteúdo	04	20
Incentivo à qualificação/profissionalização	02	10
Incentivo à titulação	01	5
Sem informação	01	5
Total	20	100

Fonte: Dados da pesquisa.

Notamos que os conhecimentos que demonstram ter sobre o PCCS estão relacionados aos interesses próprios que dizem respeito ao aumento salarial. Essa ocorrência pode estar relacionada à recente implantação do PCCS, que aconteceu em 2010, havendo pouco tempo para que o corpo de gestores se apropriasse do conteúdo desta política (Lei 8916/2010-Diário do Município 4874 - 07/06/10). Pelas respostas obtidas, observamos a necessidade de sua divulgação por tratar-se de um instrumento facilitador da gestão, em função dos benefícios que trazem para os trabalhadores.

No que diz respeito ao conhecimento da existência de uma proposta de Educação Permanente por parte do DS, 11 gestores (55%) responderam afirmativamente, enquanto sete (35%) negaram conhecer tal proposta. Dois gestores afirmaram não saber sobre este assunto. Com relação ao conhecimento da proposta promovida pelo nível central, as respostas chamam a atenção, pois 90% dos gestores dizem conhecê-la, enquanto somente um gestor diz não conhecê-la e o outro não sabe opinar (Tabela 4).

Tabela 4: Distribuição quanto ao conhecimento pelos gestores de uma proposta de Educação Permanente por parte dos DS e nível central. Goiânia-GO, 2011.

Variáveis	Frequência (n=20)	%
Proposta do DS		
Sim	11	55
Não	07	35
Não sabe	02	10
Total	20	100
Proposta nível central		
Sim	18	90
Não	01	5
Não sabe	01	5
Total	20	100

Fonte: Dados da pesquisa.

Dessa forma, observamos que a proposta de Educação Permanente desenvolvida pelo DS não é de conhecimento de todos os gestores em função dos mesmos não participarem dessa ação. Inferimos, assim, que esta atividade é considerada de cunho mais técnico, tendo em vista que trata de assuntos inerentes aos processos

de trabalho desenvolvidos pela equipe de profissionais que compõe os DS. Sendo assim, constitui uma responsabilidade do Supervisor Técnico. Com relação à Educação Permanente desenvolvida pelo nível central, esta tem melhor divulgação e todos os gestores são chamados a participar, independente de suas funções no DS.

Nessa perspectiva, chamamos a atenção que a verdadeira Educação Permanente deve servir para preencher falhas e transformar as práticas profissionais e as da organização do trabalho. Para que isso aconteça não basta apenas transmitir novos conhecimentos para os profissionais, mas devem ser considerados aspectos pessoais, valores e os conceitos que cada profissional tem sobre o SUS. Seu objeto de transformação é o processo de trabalho que é valorizado como centro privilegiado de aprendizagem (BATISTA e GONÇALVES, 2011; CONASS, 2007).

Quando estimulados a fazerem uma autoavaliação de seu conhecimento para exercer a gestão, quatro gestores (20%) se autoavaliaram com ótimo conhecimento, nove (45%) gestores consideraram que têm um bom conhecimento para o desenvolvimento da gestão. Três gestores (15%) declaram ter conhecimento regular enquanto outros quatro (20%) admitem ter um conhecimento ruim.

A análise destas avaliações leva-nos a perceber que existe um número maior de gestores, 13 (65%) com a percepção positiva quanto ao seu conhecimento sobre gestão, enquanto sete (35%) se autoavaliaram com conhecimentos regulares e ruins. Entretanto, esse fato remete-nos a refletir que este quantitativo que reconhece não ter conhecimento de gestão ou ter pouco conhecimento, continua a exercer o cargo importante de gestão nos serviços de saúde municipal.

Nesse sentido, André e Ciampone defendem que, para haver a ascensão de profissionais à posição de gestor de qualquer serviço de saúde, deveria ser instituído um sistema de avaliação de competências e certificação de formação profissional meritória, na qual cursos específicos de Gestão em Saúde fossem pré-requisitos, tamanha a influência desse cargo na qualidade da atenção à saúde prestada (ANDRÉ e CIAMPONE, 2007).

Quando arguidos se desejariam participar de algum curso, 18 gestores (90%) responderam afirmativamente. Na distribuição dos cursos elencados pelos gestores dos DS, chama-nos a atenção que cinco gestores (25%) desejam cursar mestrado, sendo citado o mestrado profissional e o mestrado em saúde coletiva,

especificamente. Quatro gestores (20%) citam o curso em Gestão e Saúde Pública, o que reforça o sentimento que almejam a melhoria na sua função atual. Outros cursos são citados por somente um entrevistado, tendo também influência no desenvolvimento da gestão como Controle e Avaliação, Vigilância em Saúde e Informática.

Este resultado demonstra que, de uma maneira geral, os gestores têm como preocupação sua formação. Apesar de alguns não se sentirem preparados para a função que exercem, têm procurado melhorar esta deficiência com maior qualificação. A Política Nacional de Qualificação do Trabalho em Saúde têm como premissa proporcionar aos gestores subsídios teóricos e práticos que resultem na incorporação de novos conceitos e processos de trabalho mais efetivos (SANTOS, 2010).

É importante ressaltar, ainda, que a política de formação dos trabalhadores de saúde, no cenário atual, deve atender a demanda de descentralização dos serviços e formação de redes de atenção que contemple a assistência à saúde de forma integral.

Portanto, a gestão nos DS envolve vários elementos que podem determinar a qualidade da assistência prestada ao usuário do SUS, como também se constitui em um importante espaço de fortalecimento da descentralização da gestão em saúde, assim como da autonomia das equipes de saúde. Questões relacionadas às características inerentes aos gestores, também, influenciam a qualidade da gestão, como veremos a seguir, no próximo capítulo.

5.3 Características para o Desenvolvimento da Gestão sob a Ótica dos Gestores

Neste capítulo, procuramos identificar as características necessárias para o desenvolvimento da gestão nos Distritos Sanitários, na perspectiva dos gestores, bem como a motivação para a continuidade nos cargos de gestão dos DS.

Até recentemente, exigia-se de um profissional que o mesmo tivesse somente uma boa formação que garantisse conhecimentos técnicos específicos que pudessem ser aplicados no desempenho de suas atividades junto à instituição. Atualmente, outras qualidades são igualmente exigidas e valorizadas, principalmente quando se trata do

cargo de gestão que tem influência direta no desenvolvimento das atividades da instituição. Os indivíduos que são gestores, além da necessidade de desenvolver suas próprias competências, devem, também, ser capazes de estimular o desenvolvimento de competências por parte dos membros de sua equipe de trabalho (FURUKAVA e CUNHA, 2010).

Nessa perspectiva, apresentamos, na Tabela 6, os resultados das características profissionais e pessoais, elencadas pelos gestores dos DS, como necessárias para o desenvolvimento do trabalho gerencial.

Tabela 5: Características profissionais e pessoais necessárias para o desenvolvimento do trabalho gerencial sob a ótica dos gestores dos DS do município de Goiânia-GO, 2011.

Características	Frequência	%
Profissionais		
Capacidade em gestão/organização	12	60
Conhecimento técnico	7	35
Interesse em aperfeiçoamento	5	25
Competência interpessoal	4	20
Liderança	4	20
Pessoais		
Comunicação	12	60
Flexibilidade	6	30
Justiça/ética	5	25
Persistência/determinação	3	15
Equilíbrio/autoconfiança	3	15

^a Nesta variável os gestores puderam citar mais de uma característica

Fonte: Dados da pesquisa.

Considerando as características profissionais, vimos que a capacidade em gestão/organização pode ser definida como aquela característica ligada ao processo administrativo, saber definir os diversos papéis dos membros da equipe, incluindo a distribuição de atividades e responsabilidades (BRITO e BRAGA, 2010).

Essa característica foi a mais citada pelos gestores, 12 (60%), tendo em vista que o indivíduo pode ser considerado, tanto como um agente facilitador ou impeditivo para o alcance dos objetivos da instituição, especialmente quando nos referimos às pessoas com poder decisório (MUNARI e BEZERRA, 2004).

Na nossa experiência de gestão, entendemos que o papel do gestor público na área da saúde ultrapassa o âmbito administrativo com uma racionalidade normativa. Deve ser capaz de formular e implantar políticas e estratégias que conduzam a instituição, tanto nos momentos de normalidade, como naqueles que podem enfrentar situações de dificuldades (MOURÃO e GALINKIN, 2007).

No que diz respeito ao conhecimento técnico, sete gestores (35%) citaram essa característica como necessária ao trabalho de gestão. Espera-se que o gestor tenha conhecimento na área de saúde e dos processos de trabalho envolvidos, para que possa desempenhar a função de gestão com maior segurança. A confiabilidade por parte da equipe que está sob sua responsabilidade é imprescindível para uma boa gestão. Saber agir e reagir com pertinência, além de combinar e mobilizar recursos em um contexto são requisitos técnicos importantes na qualidade da gestão (BRITO e BRAGA, 2010).

O interesse em aperfeiçoamento foi citado por cinco gestores (25%). Esta característica pode ser definida como a disponibilidade em querer aprender, isto é, a busca pelo autodesenvolvimento, bem como a preocupação com o crescimento de toda equipe, além de saber tirar lições das experiências vividas (BRITO e BRAGA, 2010; ANDRÉ e CIAMPONE, 2007).

Além disso, sabemos que, na era da globalização com troca de conhecimentos constantes, os conhecimentos científicos cada vez mais socializados, temos que estar em permanente aprendizagem, principalmente se estamos em cargos de poder decisórios e à frente de equipes de saúde. E, ainda quando esta equipe tem uma expectativa de nossos conhecimentos para o desenvolvimento de planejamentos adequados e com base nas informações atualizadas, tais características passam a ser de fundamental importância para o desenvolvimento da gestão nos serviços de saúde.

A competência interpessoal foi citada por quatro gestores (20%), está relacionada com conhecimentos na área de psicologia organizacional, isto é, conhecimentos sobre o comportamento das pessoas dentro de uma organização, administração de conflitos, negociação, motivação, bem como formação de equipes (BRITO e BRAGA, 2010).

O desenvolvimento da competência interpessoal inclui habilidades como a flexibilidade, o espírito inovador e a criatividade. Seu aperfeiçoamento nos gestores pode facilitar o cotidiano das instituições, tornando suas atitudes mais profissionais, além de auxiliar na resolução dos problemas (MUNARI e BEZERRA, 2004).

A liderança foi identificada como uma característica necessária para quatro gestores (25%). Pode ser definida como a capacidade de influenciar e mobilizar o grupo de trabalho, visando alcançar objetivos orientados para o bem comum (BRITO e BRAGA, 2010).

A liderança é uma das competências definidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN para os cursos da área da Saúde que possibilitam a melhor atuação multiprofissional. Devem-se possibilitar, aos alunos na graduação, vivências para a construção dessa competência nos espaços de ensino/aprendizagem (LOURENÇÃO e BENITO, 2009).

Com relação às características pessoais, identificada pelos gestores dos DS como necessárias para o desenvolvimento do trabalho de gestão, a comunicação foi citada por 12 gestores, (60%). Esta característica pode ser definida como a capacidade de escutar e de se fazer entender por superiores, colaboradores, usuários e trabalhadores, além de dar e receber *feedback*, visando facilitar a integração entre as pessoas e influenciar positivamente o ambiente de trabalho (BRITO e BRAGA, 2010).

Quando a comunicação se dá em um único sentido, isto é, de forma linear, influencia fortemente as relações verticais e autoritárias nas práticas de saúde. Investigar as dimensões comunicacionais envolvidas nas práticas de saúde pode representar um caminho para compreender as possibilidades e desafios da prática de liderança dos gestores. Não existe liderança sem comunicação; nas relações do trabalho deve existir sempre um elemento capaz de conduzir um grupo e, para tanto, a comunicação é a chave (SPAGNUOLO e PEREIRA, 2007).

A flexibilidade é outra característica identificada por seis (30%) gestores dos DS como necessárias para a gestão. É considerada como a capacidade de abertura para ouvir e aceitar opiniões diferentes, assim como perceber as constantes transformações e necessidades de mudanças nas organizações. O indivíduo flexível é considerado aquele que busca negociação e aceita adaptações (BRITO e BRAGA,

2010). Em estudo realizado com gestoras de diversos níveis, a flexibilidade foi reconhecida como uma característica da gestão feminina. As mulheres, de uma maneira geral, respeitam as individualidades e a capacidade de cada servidor (MOURÃO e GALINKIN, 2007).

Com relação à característica justiça/ ética foi citada por cinco gestores (25%). Pode ser definida como o respeito absoluto pelo outro, honestidade e justiça nas decisões, além da coerência entre o discurso e a prática (BRITO e BRAGA, 2010).

Cumpre-nos ressaltar que na atualidade exemplos de ética são necessários na gestão, tendo em vista sua raridade na vida pública. Basta que verifiquemos os jornais e revistas que são publicados diariamente demonstrando vários escândalos de pessoas públicas e provocando um descrédito em relação à gestão dos serviços públicos oferecido à população.

A característica persistência/determinação foi citada por três gestores (15%). Podemos defini-la como a busca incessante das condições necessárias para superar desafios e alcançar resultados, tanto no aspecto pessoal como no profissional (BRITO e BRAGA, 2010).

Finalizando, o equilíbrio ou autoconfiança foi citado, também, por três gestores (15%). Como definição, podemos dizer que é a percepção de suas próprias limitações e fortalezas (humildade e confiança), passando uma postura de segurança e equilíbrio para sua equipe (BRITO e BRAGA, 2010).

Sem dúvida, são muitas as características apontadas pelos gestores dos DS como necessárias à gestão. Desenvolvê-las torna-se um grande desafio para sua formação necessitando o envolvimento dos gestores, sujeitos do processo de aprendizagem, das instituições formadoras e da própria SMS no sentido de um planejamento da educação permanente mais adequado, efetivo e eficaz.

Com relação às motivações para a continuidade na gestão dos DS, apresentamos, a seguir, no Gráfico 4, os resultados obtidos. Embora haja um grande descrédito com relação aos servidores públicos, muitas vezes insuflado pela mídia que, incansavelmente, denigre os serviços prestados à população, 60% demonstram ter como maior motivação do exercício da gestão a satisfação pessoal. Significa dizer que 12 gestores (60%) demonstram ter apreço por aquilo que fazem, ou seja, estão envolvidos com suas atividades de trabalho.

Outra importante motivação citada por 11 gestores (55%) é a incorporação da gratificação de chefia. Isto é, a gratificação recebida pelo cargo de chefia pode ser incorporada aos vencimentos do servidor, após cinco anos ininterruptos do exercício da gestão. Esta motivação ressalta o reconhecimento que a questão financeira não deve ser esquecida, enfatizando a importância da manutenção e aplicação dos PCCS.

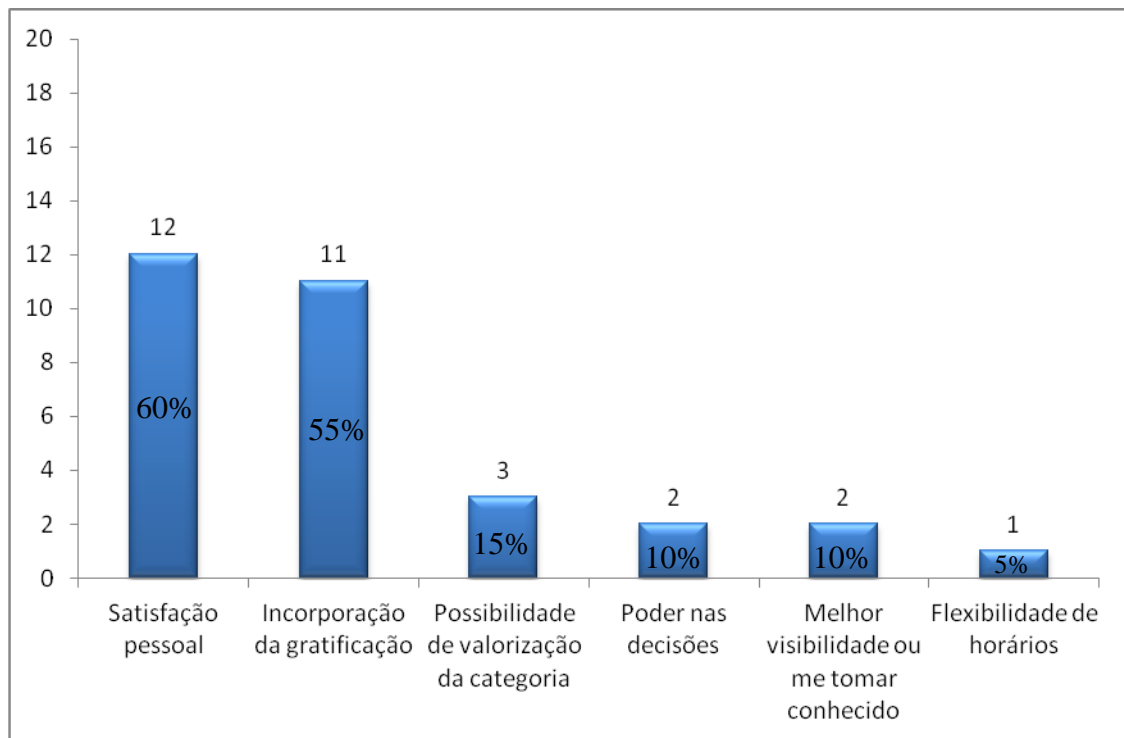


Gráfico 4: Distribuição quanto à motivação para a continuidade na gestão dos Distritos Sanitários. Goiânia-GO, 2011.

Fonte: Dados da pesquisa.

A possibilidade de valorização da categoria profissional foi citada por três (15%) dos gestores, como o terceiro fator de motivação para o cargo de gestão. Esse aspecto pode dar maior visibilidade à categoria profissional e estar relacionado ao perfil de formação na graduação, como, também, uma forma de reconhecimento de algumas categorias que vem se destacando em cargos de gestão na saúde. A valorização de um indivíduo enquanto gestor, não deixa de ser, também, a valorização de sua própria categoria profissional.

A participação dos usuários e a valorização profissional são elementos constituintes da política de saúde no Brasil. O reconhecimento da relevância desses atores sociais na construção e consolidação do SUS permite o diálogo entre os níveis de

gestão e proporciona um sentimento de participação e valorização profissional (CUNHA e MAGAJEWSKI, 2012).

O poder nas decisões e mais visibilidade pessoal aparecem como o quarto fator de motivação dos gestores, considerando estes aspectos importantes para a manutenção do cargo de gestão. Sabemos que eles podem estar diretamente ligados à satisfação pessoal, mas assim como o “poder” a “visibilidade/notoriedade” exerce certo fascínio nos profissionais, não somente da saúde, mas em vários outros seguimentos de trabalho.

Acreditamos que a formação e o preparo dos gestores influenciam, de maneira importante, a operacionalização das estratégias adotadas pela política de saúde, além de influenciar a dinâmica das equipes (ANDRÉ e CIAMPONE, 2007). Os fatores de motivação para o cargo de gestão, assim como as características profissionais e pessoais, sob a perspectiva dos gestores são diversos e exigem um esforço coletivo para tornar possível o perfil desejado do gestor. Assim, a aprendizagem para o desenvolvimento dessas características é essencial para uma gestão de qualidade na área de saúde.

CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

A trajetória percorrida para a construção do presente estudo, que teve como objetivo geral o diagnóstico de elementos do trabalho de gestão, desenvolvido nos Distritos Sanitários na Secretaria Municipal de Saúde, foi se revelando à medida que a pesquisa era consolidada.

O estudo contemplou os objetivos propostos, tendo em vista que a metodologia adotada foi adequada para permitir reflexões e análises com relação à gestão, o que levou a resultados satisfatórios.

Verificamos que maior parte do grupo de gestores que compõem os DS são mulheres com idade entre 31 e 50 anos e estão graduadas, há mais de dez anos, em instituição de ensino superior privado, com experiência em gestão, acima de cinco anos.

Com relação às categorias profissionais dos gestores, constatamos que há uma grande variedade nas categorias, mas com predominância da enfermagem.

No que diz respeito à qualificação dos gestores, os mesmos confirmaram a realização de cursos específicos na área de gestão, embora a maior titulação apresentada seja a especialização. Merece destaque, em nosso estudo, iniciativas como a realização do Curso Nacional de Qualificação dos Gestores do SUS em parceria do NESC/UFG/SES com FIOCRUZ/MS que foi responsável pela qualificação de grande parte dos gestores dos DS nos cargos, atualmente.

A maioria dos gestores possui vínculo empregatício efetivo, o que caracteriza uma relação de estabilidade e comprometimento, além do fato de quase a totalidade dos gestores desempenharem de forma exclusiva o cargo de gestão.

Os profissionais se mostraram satisfeitos com o desempenho de suas atividades como gestores, mas interessados em buscar novos conhecimentos, especificamente, na área de gestão.

Nesse sentido, a educação permanente foi evidenciada no estudo como uma tecnologia explorada por todos os níveis de gestão, embora sem fazer parte de um projeto mais abrangente com a incorporação das demandas dos sujeitos interessados. Acreditamos ser possível buscar parcerias com as instituições de

formação e de forma conjunta avançar na construção de um projeto de educação permanente que sirva de apoio para o aprimoramento do papel de gestão, na formação de recursos humanos, na produção de conhecimentos, bem como na prestação de serviços à saúde da população.

A falta de recursos materiais, equipamentos e infraestrutura é um aspecto que gera desgaste na gestão e dificulta o relacionamento com os trabalhadores e usuários, o que compromete a qualidade da assistência prestada.

A gestão de pessoas é considerada a atividade de maior importância pelos gestores, mas, ao mesmo tempo em que pode facilitar o trabalho de gestão, pode ser elemento dificultador, principalmente quando envolve as relações interpessoais, bem como o déficit de profissionais nas equipes de saúde.

Percebemos que o desenvolvimento da gestão ainda é realizado como uma ação individual pouco compartilhada, apesar dos avanços. A descentralização ainda é um projeto em construção se considerarmos que a pouca autonomia e a centralização de decisões interferem de forma substancial na qualidade da gestão. Podemos considerar que temos um discurso de descentralização e uma prática de gestão clássica, e que seus princípios gerais não foram superados em muitos aspectos como na fragmentação do trabalho associado à manutenção de uma hierarquia rígida que pode levar à desmotivação dos trabalhadores.

Na perspectiva dos gestores, as características profissionais e pessoais para o cargo de gestão são, principalmente, a capacidade de gestão e conhecimento técnico, além da capacidade de comunicação e flexibilidade. Estas e outras características são passíveis de serem aprendidas, o que possibilitaria uma melhor gestão.

O principal fator motivador de permanência no cargo de gestão foi a satisfação pessoal para 60% dos gestores. Este fato demonstra que apesar de todas as dificuldades encontradas no cotidiano do trabalho nos DS existe prazer no exercício da gestão. A questão salarial vem em segundo lugar na ordem de importância, embutida aqui na questão da incorporação da gratificação. Essa questão é explicitada pelos gestores como um fator importante que não deve ser negligenciado.

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

O estudo que realizamos pode ser considerado de relevância para a gestão da SMS, uma vez que traz traços do perfil e das competências necessárias para desenvolver trabalhos de gestão. Soma-se a isso o fato que temos poucos estudos publicados nesta temática, portanto, esperamos que esses conhecimentos possam nortear os outros gestores em formação, bem como a formação no nível de pós-graduação.

Como integrante da Secretaria Municipal de Saúde, há tantos anos trabalhando com gestores dos diversos níveis de gestão, desde a menor unidade de saúde até aquela com grande número de trabalhadores e até mesmo os diretores, avalio o estudo apresentado como relevante. Acredito que contribuirá para o direcionamento futuro das minhas próprias ações profissionais, bem como auxiliará na formação de outros gestores que sucederão no percurso do fortalecimento do SUS em Goiânia.

Acreditamos que os resultados deste estudo possam subsidiar políticas de recursos humanos que validem um perfil de competências de gestão, que seja mais favorável ao fortalecimento de novos modelos de gestão em saúde, em consonância com os novos modelos assistenciais almejados.

Apesar das limitações do estudo, cujas análises basearam-se, principalmente na subjetividade das respostas apresentadas pelos participantes, o estudo percorreu o caminho necessário para atingir os objetivos, analisando a gestão desenvolvida nos DS, bem como as dificuldades e as potencialidades vivenciadas pelos gestores, aliados ao perfil dos profissionais que conduzem a assistência à saúde do município.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA et al, **Distritos Sanitários: concepção e organização**. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde – IDS, Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar - NAMH/FSP – USP, Banco Itaú, São Paulo, 1998.
- ALMEIDA FILHO, N. **Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil**. www.thelancet.com Publicado online; Ver www.thelancet.com para conteúdo WebExtra, 2011.
- ANDRÉ AM e CIAMPONE, MHT **Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor**. Revista Escola de Enfermagem USP 2007;41(Esp):835-40.
- ASSIS, E. **Regionalização e Novos Rumos para o SUS: a experiência de um colegiado regional**. Saúde e Sociedade, v.18, supl.1, 2009.
- BATISTA, KBC e GONÇALVES, OSJ. **Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado**. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.884-899, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília, 2005.
- BERRETTA IQ et al. **Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(11):2143-2154, nov, 2011.
- BRITO, LMP e BRAGA, JL. **Perfil ideal de competência profissional de gestores da área de saúde**. RAHIS - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde. Jul/dez 2010.
- CAMPOS, GWS. **O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 14(4): 863-870, out-dez, 1998.
- CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 7. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.
- CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - **Para entender o Pacto pela saúde** – Brasília: CONASS, 2006.
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão do Trabalho na Saúde** – Brasília : CONASS, 2007.
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos** - Brasília: CONASS, 2009.
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** – Brasília: CONASS, 2011a .
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**– Brasília: CONASS, 2011b.
- COSTA, AB et al, 2008. **O Direito achado na rua: Introdução crítica ao direito à saúde**. Brasília: CEAD/UnB, 2008.
- CUNHA, GT e CAMPOS, GWS. **Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho**. *Org & demo, Marília, v.11, n.1, p. 31-46, jan./jun., 2010.*

- CUNHA, PF e MAGAJEWSKI, F. **Gestão Participativa e Valorização dos Trabalhadores: avanços no âmbito do SUS**. Saúde Soc. São Paulo, v.21, supl.1, p.71-79, 2012
- DGTES- SMS – **Sistema de Informação de Recursos Humanos/** Agencia Municipal de Tecnologia e Inovação de Goiânia-AMTEC, 2012
- FERNANDES, LCL; MACHADO, RZ e ANSCHAU, GO. **Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica**. Ciência & Saúde Coletiva, 14(Supl. 1): 1541-1552, 2009.
- FERNANDES, MC et al. **Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília 2010 jan-fev; 63(1): 11-5.
- FERREIRA, AS. **Competências gerenciais para unidades básicas do Sistema Único de Saúde**. Ciência e Saúde Coletiva, 9(1): 69-76, 2004.
- FURUKAWA, PO e CUNHA, ICKO. **Da gestão por competências às competências gerenciais do enfermeiro**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília 2010 nov-dez; 63(6): 1061-6.
- GARAY, ABS. **Reestruturação produtiva e desafios de qualificação: algumas considerações críticas**. REAd – Edição 05 Vol. 3 No. 1, mai-jun 1997.
- GIL, AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª edição. São Paulo, Atlas, 2002.
- Gil, AC., **Como elaborar projetos de pesquisa**, 5ª edição. São Paulo, Atlas, 2010.
- GONÇALVES, S A. **Estado e expansão do ensino superior privado no Brasil uma análise institucional dos anos de 1990**. Educar, Curitiba, n. 31, p. 91-111, 2008. Editora UFPR.
- HENNINGTON, EA. **Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia**. Revista de Saúde Pública. 2008;42(3):555-61 Ensaio.
- IBGE, 2010. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. <http://www.ibge.gov.br/home/disseminacao/online/outroslinks/default.php>, acessado em: 2/09/2012.
- JUNQUEIRA, T. S. et al. **As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 918-928, 2010.
- LOURENÇÃO, DCA e BENITO, GAV. **Competências gerenciais na formação do enfermeiro**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília 2010 jan-fev; 63(1): 91-7.
- MACIEL, RH et al. **Multiplicidade de vínculos de médicos no Estado do Ceará**. Revista de Saúde Pública, 2010;44(5):950-6.
- MARCONI, N e MORICONI, GM. **Gestão de pessoas nos municípios brasileiros cadernos FGV projetos : gestão pública municipal** Março, 2009, ano 4 n.8 Fundação Getúlio Vargas – FGV Projetos.
- MATOS, E e PIRES,D. **Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem**. Texto Contexto Enfermagem, 15(3):508-14, Florianópolis, Jul-Set; 2006.

MENDES, EV et al. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 4ª Ed. Hucitec, Abrasco. São Paulo, 1999.

MENDES, EV. **As redes de atenção à saúde**. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15 (5), 2010.

MENDES, EV. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MERHY, EE. **O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais**. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(2):305-314, 1999.

MERHY, EE. **Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção**. Artigo 2002. <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/>. Acessado em 20/09/2012.

MINAYO, MC (org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 30 ed. Petrópolis- RJ. Vozes, 2011.

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

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Censo da educação superior: 2010 – resumo técnico**. Brasília, DF: INEP, 2012. 85 p. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/web/censo-da-educacao-superior/resumos-tecnicos>. Acesso em: 02 de agosto de 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Política Nacional de Atenção Básica. Portaria GM 2488/11. Publicada em 21 de outubro de 2011. Disponível em <http://portal.saude.mt.gov.br>. Acesso em 20/09/2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Política Nacional de Atenção Básica. Portaria GM 648/06. Publicada em 28/03/2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 20/09/2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Portaria GM 4279. Publicada em 30/12/2010. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao- Acesso em: 20/09/2012.

MORAES, PA. **Gestão na atenção pré-hospitalar de urgência do município de Goiânia-Go**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, UFG, 2012.

MOURA, BLA et al. **Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde**. *Rev. Bras. Saúde Materno Infantil*, Recife, 10 (Supl. 1): S69-S81 nov., 2010.

MOURÃO, TMF e GALINKIN, AL. **Equipes gerenciadas por mulheres - representações sociais sobre gerenciamento feminino**. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 91-99. Universidade de Brasília, Brasília, Brasil, 2007.

- MOYSES, NMN e MACHADO, MH. **Política de gestão do trabalho no SUS: O desafio sempre presente.** Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 45, p. 33-41, maio 2010.
- 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.
- OLIVEIRA, ES. e MACHADO, MH., **Para medir o trabalho em saúde no Brasil: Principais fontes de informação** –Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 45, p. 105-125, maio 2010.
- PAIM, J et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** www.thelancet.com Publicado online; Ver www.thelancet.com para conteúdo WebExtra. Acessado em 10/08/2012.
- PAIM, JS e TEIXEIRA, CF. **Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios.** Ciência & Saúde Coletiva, 12(Sup):1819-1829, 2007.
- PAIVA, SMA et al. **Teorias administrativas na saúde.** Rev. enf. UERJ, Rio de Janeiro, abr/jun; 18(2): 311-6, 2010.
- POLIT, DF; HUNGLER, BP. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem.** 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA. Secretaria Municipal de Planejamento. **Plano Diretor.** Goiânia – GO, 2007
- RIGOLI, F, ROCHA, CF e FOSTER, AA. **Desafios críticos dos recursos humanos em saúde: uma visão regional.** Revista Latino-am Enfermagem 2006 janeiro-fevereiro; 14(1):7-16 www.eerp.usp.br/rlae
- ROSSO, CFW. **Diagnóstico situacional do processo gerencial desenvolvido pelos enfermeiros nos serviços da Rede Básica de Saúde em Goiânia-GO.** Tese (Doutorado) - Convênio Rede Centro-Oeste Universidade de Brasília, Universidade Federal de Goiás e Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, 2008.
- SÁ, MC e AZEVEDO, CS. **Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 15(5):2345-2354, 2010
- SANTOS, NR. **Sistema Único de Saúde - 2010: espaço para uma virada- O Mundo da Saúde,** 34(1):8-19. São Paulo: 2010.
- SANTOS, I e CASTRO, CB. **Características pessoais e profissionais de enfermeiros com funções administrativas atuantes em um Hospital Universitário.** Revista Escola de Enfermagem USP. 44 (1):154-60, 2010.
- SCALCO, SV et al. **Modelo para a avaliação da gestão de recursos humanos em saúde.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(3): 603-614, mar, 2010.
- SCHRAIBER. LB et al. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas-** Ciência & Saúde Coletiva, 4(2):221-242, 1999.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA. **Relatório de Gestão- 2001/2004 Artigos.** Goiânia, 2004.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA. Sistema de Informação de Recursos Humanos/ Agência Municipal de Tecnologia e Inovação de Goiânia-AMTEC, 2012.

SEVERO, SB e SEMINOTTI, N, 2010. **Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 1):1685-1698, 2010.

SILVA, LMV et al , **Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(2):355-370, fev, 2007.

SILVEIRA, DS et al, **Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil** - *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(9):1714-1726, set, 2010.

SPAGNUOLO, RS e PEREIRA, MLT. **Práticas de saúde em Enfermagem e Comunicação: um estudo de revisão da literatura.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(6):1603-1610, 2007

SPEDO, SM et al. **O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(8):1781-1790, ago, 2009.

VAZ, DV e *HOFFMANN, R.* **Remuneração nos serviços no Brasil: o contraste entre funcionários públicos e privados.** *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 16, n. 2 (30), p. 199-232, ago. 2007.

VIANA, ALA e MACHADO, CV **Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde** - *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):807-817, 2009.

VILASBÔAS, ALQ e PAIM, JS. **Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(6):1239-1250, jun, 2008.

WERMELINGER, M et al. **A feminilização do mercado de trabalho em saúde no Brasil.** *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 45, p. 54-70, maio 2010.

Apêndice A

Instrumento de Coleta de Dados



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA – NESC
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Número de identificação da entrevista: _____

CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO

1- Sexo: Feminino () Masculino ()

2- Idade _____

3- Instituição de formação: Pública () Privada ()

Qual instituição: _____

4- Qual o curso: _____

5- Ano de conclusão: _____

6-Quais as experiências profissionais na área de gestão: (Locais e tempo de trabalho)

7-Vínculo empregatício:

Secretaria Municipal de Saúde () Secretaria do Estado da Saúde ()

Ministério da Saúde () Outro ()

() Efetivo () Contratado () outros _____

8-Há quanto tempo _____

9-No cargo de gestão há quanto tempo _____

10-No atual cargo de gestão há quanto tempo _____

11-Qual o cargo que ocupa atualmente no Distrito Sanitário:

- () Diretor Geral
 () Supervisor Técnico
 () Supervisor Administrativo

12--Marque o aspecto que o levou ao atual cargo de gestão:

- () Indicação política
 () Experiência na área
 () Capacidade Técnica
 () Indicação dos colegas de trabalho
 () Indicação de outro gestor
 () Outro _____

13-Exerce outra atividade além da gestão na SMS?

- () Sim () Não

Se sim, qual e quantas horas semanais

14-Obteve qualificação profissional para a gestão de serviços de saúde?

- Sim () Não ()

Em caso afirmativo, especifique:

GESTÃO DE PESSOAS

15-Total de trabalhadores sob sua gestão no Distrito Sanitário: _____

16-Total de unidades de saúde sob sua gestão: _____

17- Quantos profissionais de nível superior compõem a equipe do Distrito Sanitário gerenciado por você?

- () Enfermeiros () Médicos () Cirurgiões Dentistas
 () Assistentes Sociais () Nutricionistas () Psicólogos
 () Farmacêuticos () Biomédicos

18-Quantos e quais profissionais de nível médio compõem a equipe do Distrito Sanitário gerenciado por você?

- () _____ () _____

() _____ () _____

19-Quantos e quais profissionais de nível fundamental compõem a equipe do Distrito Sanitário gerenciado por você?

() _____ () _____

() _____ () _____

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

() Sim () Não () Não sabe

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

22-Existe uma proposta do Distrito Sanitário de Educação Permanente da equipe?

() Sim () Não () Não sabe

Se sim, com qual periodicidade: _____

23- Existe uma proposta do nível central de Educação Permanente da equipe?

() Sim () Não () Não sabe

Se sim, com qual periodicidade: _____

24- Qual a estratégia de formação você tem buscado para subsidiar a sua gestão?

25- Como considera seus conhecimentos para exercer a função de gestão?

26- A SMS oferece proposta de qualificação para os gestores?

() Sim () Não () Não sabe

Se sim, com qual periodicidade: _____

27- Participou ou participa de algum curso disponibilizado pela SMS através de convênio com outra instituição?

() Sim () Não

Se sim, quais?

_____ () concluído () em andamento

_____ () concluído () em andamento

_____ () concluído () em andamento

28- Gostaria de realizar algum curso? () Sim () Não

Quais? _____

COTIDIANO DO TRABALHO

29- Dentre as atividades de gestão exercidas, mencione as atividades consideradas de:

Fundamental importância: _____

Maior dificuldade: _____

Maior facilidade: _____

30- Na gestão do serviço você utiliza indicadores para estabelecimento das ações de saúde?

() Sim () Não () Em parte

Em caso afirmativo, relacione quais indicadores são utilizados:

_____ Em caso negativo, justifique:

31- Que ferramentas de gestão você utiliza?

_____ 32-

Na comunicação com os funcionários do Distrito Sanitário utiliza-se de quais instrumentos?

() Verbalização () Material impresso () Outros

() Notas técnicas () e-mail

33- Na comunicação com as Unidades de Saúde sob sua gestão quais instrumentos são utilizados?

() Verbalização () Material impresso () Outros

() Notas técnicas () e-mail

34- Na comunicação com o Nível Central quais instrumentos são utilizados?

- () Verbalização () Material impresso () Outros
() Notas técnicas () e-mail

35- Como o controle social participa na gestão do Distrito Sanitário?

36- Quais os pontos de estrangulamento presentes na gestão dos Distritos Sanitários?

RESULTADOS DOS SERVIÇOS

37- O Distrito Sanitário desenvolve ações de planejamento?

- () Sim () Não

Se sim, com qual periodicidade? _____

38- Realiza avaliação das atividades planejadas?

- () Sim () Não

Se sim, com qual periodicidade? _____

39- Existe instrumento para avaliação?

- () Sim () Não

Em caso afirmativo, quais Instrumentos? _____

40- Realiza avaliação de satisfação de sua equipe de trabalho?

() Sim () Não

Se sim, com qual periodicidade? _____

41- Realiza avaliação dos resultados das ações de saúde planejadas pelo Distrito Sanitário com os usuários?

() Sim () Não

Se sim, com qual periodicidade? _____

42- Quais características profissionais são necessárias para o desenvolvimento do trabalho gerencial nos serviços de Atenção à Saúde?

43- Quais características pessoais são necessárias para o desenvolvimento do trabalho gerencial nos serviços de Atenção à Saúde?

44- Como você avalia o seu trabalho de gestão nos Distritos Sanitários?

() regular () bom () ótimo

45- Existe alguma atividade ou processo de trabalho da SMS que poderia estar sob a responsabilidade do Distrito Sanitário e ainda está centralizada? Qual ou quais?

CARACTERIZAÇÃO DA GESTÃO

46 – Como você avalia sua remuneração?

() Baixa () Adequada () Alta

46.1- Se respondeu Baixa acima responda: (pode marcar mais de uma alternativa).

Por que você continua na Gestão?

() Incorporação de gratificação

() Flexibilidade de horário

() Satisfação Pessoal

() Possibilidade de luta de categoria

() Poder nas decisões

() Melhorar a visibilidade ou me tornar conhecido

() Outros. Citar: _____

47 – Sem a perspectiva de incorporação da gratificação em seu salário você continuaria gestor?

() Sim () Não

48 – Se você tivesse a mesma remuneração em outro serviço dentro de sua formação acadêmica ficaria na Gestão?

Apêndice B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA – NESC
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), de uma pesquisa. Meu nome é Maria Cláudia Honorato da Silva e Souza, sou a pesquisadora responsável e minha área de atuação é Gestão dos Serviços de Saúde. Após ler com atenção este documento ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste 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 a pesquisadora responsável nos telefones (62) 3432-2585; 9274-8218. 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 das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: (62) 3269-8338 - 3269-8426.

A pesquisa que realizaremos é intitulada: “ Análise da Gestão dos Distritos Sanitários em Goiânia - Goiás ”. O nosso objetivo geral é diagnosticar meios e instrumentos do processo gerencial desenvolvido pelos gestores dos Distritos Sanitários do município de Goiânia. 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 nos Distritos Sanitários.

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. As

informações obtidas serão utilizadas somente para esta pesquisa, não sendo incorporadas a bancos de dados.

Entre os benefícios esperados acreditamos que seja possível fortalecer nossa parceria com os Distritos Sanitários da Secretaria Municipal de Goiânia, já que os resultados do estudo poderão apontar aspectos que fortaleçam e tornem mais visíveis as ações dos gerentes. Ao mesmo tempo os resultados poderão subsidiar o ensino dos cursos na área da saúde no âmbito do gerenciamento nos serviços de Saúde Pública.

Nome e assinatura do Pesquisador _____

Eu, _____, RG _____, CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “ Análise da Gestão dos Distritos Sanitários em Goiânia- Goiás ” sob a responsabilidade de Maria Cláudia Honorato da Silva e Souza como sujeito voluntário. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador _____ sobre a pesquisa. Foi me garantido que posso retirar este consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade.

Local e Data: _____

Nome e assinatura do participante _____

Pesquisador Responsável:

Maria Cláudia Honorato da Silva e Souza _____

Presenciamos a solicitação de consentimento e esclarecimentos sobre o aceite em participar da pesquisa.

Testemunhas:

Nome: _____ Assinatura _____

Nome: _____ Assinatura _____

Anexo A



PREFEITURA DE GOIÂNIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GABINETE DO SECRETÁRIO

Prefeitura
Goiânia
O trabalho que você vê

Goiânia, 3 de dezembro de 2010.

Do: Gabinete do Secretário

Para: Diretores dos Distritos Sanitários

Srs. Diretores,

Este tem por finalidade autorizar a realização do Projeto de Pesquisa da servidora **Maria Cláudia Honorato da Silva e Souza**, aluna do Mestrado Profissional da Universidade Federal de Goiás/ NESC, cujo título provisório é: **“Análise da gestão dos Distritos Sanitários de Goiânia-Goiás”**.

A pesquisa acontecerá nos Distritos Sanitários com seus respectivos gestores de acordo com agendamento prévio. A aluna se compromete a apresentar os resultados obtidos para os participantes da pesquisa e membros da Diretoria de Atenção à Saúde de acordo com a disponibilidade dos mesmos.

Atenciosamente,


Paulo Rassi

Anexo B

ENVIADO POR:

NO. TEL:

04 ABR. 2007 21:15 P1



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA MÉDICA HUMANA E ANIMAL
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO ESPORTE

Goiânia, 23/03/09

PARECER CONSUBSTANCIADO REFERENTE AO PROJETO DE PESQUISA, PROTOCOLADO NESTE COMITÊ SOB O N.º 31 /2009:

Título: Análise da Prática Gerencial nos serviços de atenção primária à saúde em Goiânia - GO

Pesquisador(a) Responsável: Claci Fátima Weirich Rosso

Instituição onde será realizado o estudo: Unidades Básicas de Atenção Primária de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde

Apresentado ao CEPMHA/HC/UFG: 18/03/09

Relator: Heloisa Helena Rodrigues Dias

DOCUMENTOS RECEBIDOS:

- Documento endereçado ao Comitê de Ética solicitando apreciação do Projeto
- Folha de rosto
- Autorização da Diretora de Atenção Primária à Saúde / SMS – Goiânia para realização da pesquisa.
- Certidão de Ata emitido pelo Conselho Diretor da FEN/UFG aprovando o projeto.

O presente protocolo não enquadra em área específica que necessita o encaminhamento à CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

Área Temática: III

O Pesquisador responsável não necessita aguardar o parecer da CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

Anexo C

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
GOIÂNIA
Diretoria de Atenção à Saúde**

LISTA DAS UNIDADES DE SAÚDE

DISTRITO SANITÁRIO CAMPINAS-CENTRO

Endereço: Rua 67-A nº 221-A, Setor Norte Ferroviário

Fone: 3524-8721/8738/8739/8740 (apoio a Dengue – 3524-8748/32909-9537)

Horário de Atendimento – 08:00 às 18:00 horas (Segunda a Sexta)

Abrangência: Vila Nossa Senhora Aparecida, Vila Paraíso, Setor Centro Oeste. Vila Irany. Vila Izaura, Vila coronel Cosme.

01)CENTRO DE SAÚDE FAMA

Endereço: Rua 10 nº 76 Setor Marechal Rondon

Fone: 3524-2409/2425 e3211-1998 (Público Comunitário)

Ambulatório (7 às 19 horas de Segunda à Sexta)

Abrangência: Vila Abajá, St. Centro Oeste, St. Crimeia Oeste, St. Dos Funcionários, Vila Isaura, St. Marechal Rondon, Vila São Francisco, Jardim Xavier. Setor II.

02)CENTRO DE SAÚDE VILA CANAÃ

Endereço: Rua Langendoeffler QD.01 LT.01 s/n – Vila Canaã CEP 74423-016

Fones: 3524-1645/1607/3558-2826 e 3558-5498 (Público Comunitário)

Ambulatório (7 às 19 horas de Segunda à Sexta)

Abrangência: Vila Adélia, Vila Canaã, Conj. Castelo Branco, St. Cidade Jardim, Conj. Guadalajara, Conj. Morada Nova, Br. N. S. de Fátima, Vila Nova Canãa, Conj. Romildo F.R. Amaral, St. Sol Nascente, Vila St. Tereza, Vila St. Rita.

03)CENTRO DE SAÚDE ESPLANADA DO ANICUNS

Endereço: Alameda Progresso esq. c/rua Tirol s/n QD.02, Setor Esplanada dos Anicuns

Fone: 3524-1960/1961 e 3295-2593 (Público Comunitário)

Ambulatório (7 às 19 horas de Segunda à Sexta)

Abrangência: Bairro dos Aeroviários, Br. Esplanada do Anicuns, Conj, Padre Pelágio, L, Vila São Paulo.

04)CENTRO DE SAÚDE I

Endereço: Rua 21, Qd. 21, Lts. 21 e 22, Vila Paraíso

Fone: 3524-1945/1946 e 3292-4392 (Público Comunitário)

Ambulatório (7 às 19 horas de Segunda à Sexta)

Abrangência: Vila Abajá, Vila Ana Maria, Vila Fermandes, Vila Vera Cruz, , Vila Isaura, Vila Jacaré, Vila Perdiz, Vila Viandeli, Vila Ofugi, Vila Santana, Vila Santa Helena, Vila São Luiz.

05)CENTRO DE SAÚDE SETOR RODOVIÁRIO

Endereço: Rua Anchieta, nº 157, Qd.32, Lt.03, Setor Rodoviário

Fones: 3524-1955/1956 e 3295-5880 (Público Comunitário)

Ambulatório (7 às 19 horas de Segunda à Sexta)

Abrangência: Vl. Aurora, Vl. Aurora Oeste, St. Cidade jardim, Vila Santo Afonso, Br. L Mooca, Vila Mooca, Br. Operário, Conj. Rodoviário, Br. Rodoviário, G. Santos Dumont, Conj. Guadalajara, Vl. Santa Rita, Br. N. S. de Fátima.

06)CENTRO DE SAÚDE SETOR NORTE FERROVIÁRIO

Endereço: Rua 05, Qd.A-01, Lt.14 – Setor Norte Ferroviário

Fone: 3524-1921/1922 / 3211-7100 (Público Comunitário)

Ambulatório (7 às 19 horas de Segunda a sexta)

Abrangência: Norte Ferroviário, Aeroporto, Setor Central, Setor Oeste.

07)CENTRO DE SAÚDE S NEGRÃO DE LIMA - MARINHO LEMOS

Endereço: Av. Armando de Godoy, Qd. 29, Lts. 06 e 07 – Setor Negrão de Lima

Fone: 3524-1815/1816 e 3202-2387 (Público Comunitário)

Ambulatório (7 às 19 horas de Segunda a sexta)

Abrangência: Negrão de Lima, VI Viana, Nova Vila, Monticelli.

08)CENTRO DE SAÚDE CRIMEIA LESTE

Endereço: Rua Senador Antonio M. Borges c/ Virgílio Xavier de Barros, s/n QD.28 LT.09, C. Leste

Fone: 3524-1810/1811/3203-1523 (Público Comunitário)

Ambulatório (7 às 19 horas de Segunda a sexta)

Abrangência: Criméia Leste, VI Fróes, Vila L, Jaraguá, Mansões Pereira, Gleba.

09)CENTRO DE SAÚDE VILA MORAES

Endereço: Rua 09-A QD.12 LT.11, Vila Moraes

Fone: 3524-1800/1803 e 3202-1153 (Público Comunitário)

Ambulatório (7 às 19 horas de Segunda a sexta)

Abrangência: B. Feliz, Pq Industrial de Goiânia, Chac. Elísio Campos, VI. Cosmo, VI Oswaldo Rosa, VI Colemar e Silva, VI Santa Isabel, VI Morais .

10)CENTRO DE REFERÊNCIA EM ORTOPEDIA E FISIOTERAPIA -

Endereço: Rua 17 n° 18 QD.23 LT.16, Setor Aeroviário, Próximo ao Corpo de Bombeiros CEP 74435-250

Fone: 3524-1950/1951/1952(Diretoria)/3524-1950(Triagem)/3524-2430(Serviço Social)

11)CENTRO DE REFERENCIA EM DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA “CÂNDIDO JOSÉ SANTIAGO DE MOURA” – CRDT

Endereço: Av. Contorno, ala norte, 2151, área Terminal Rodoviário – St. Norte Ferroviário

Fone: 3524-8700/8701/3213-1175/3213-5703(Público comunitário)

Ambulatório (7 às 19 horas de Segunda a sexta).

Laboratório de Citologia do Centro de Referência em Diagnóstico e Terapêutica

Fone: 3524-8727/8728

Centro de Especialidades Odontológicas do Centro de Referencia em Diagnóstico e Terapêutica

Fone: 3524-8704

12)CENTRO DE REFERÊNCIA EM ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA – CRASPI

Endereço: Av. Armando de Godoy QD.87 LT.14/17 n° 326, Cidade Jardim CEP 74.423-010

Fone: 3524-5654/5652/5653/5651

13)CAIS DE CAMPINAS - CAIS DEPUTADO JOÃO NATAL

Endereço: Rua P-30 ESQ. P-26 SETOR DOS FUNCIONÁRIOS (Praça dos Esportes).

Fone: 3524-1930/1931/1932/1936(Recepção)/3291-8364(Público Comunitário) e 3524-1958(Ouvidoria)

Ambulatório (7 às 19 horas de Segunda à Sexta) Ambulatório - Urgência / Emergência (7 às 19 horas aos sábados, domingos e feriados)

Abrangência: Vila Aguiar, Vila Bethel, Vila Boa Sorte, St.Campinas, St. Centro Oeste, St. Coimbra, St. dos Funcionários, Vila Santa Tereza.

14) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA – LESTE UNIVERSITÁRIO**Endereço:** Rua 218 QD. A-02 Lt. 10, Setor Leste Universitário.**Fone:** 3565 – 4824**15) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA – CRIMEIA OESTE****Endereço:** Av. Domingos Lemes do Prado esq. c/ Av. Goiás Norte Setor Criméia Oeste**Fone:** 3524-2471/3524-2465 e 3534-3859 (Público Comunitário).**16) UNIDADE DE TRABALHO E PRODUÇÃO SOLIDÁRIA DA SAÚDE MENTAL – GERARTE II****Endereço:** Rua P-25 QD. P-89 Nº 737, SETOR DOS FUNCIONÁRIOS.**Fone:** 3524-2464**DISTRITO SANITÁRIO LESTE****Endereço:** Rua Cristóvão Colombo Qd. 136 Lt. 08 S/N, Jardim Novo Mundo**Fone:** 3524-1830/1893/1895/1897/1876 (Supervisão da Dengue)**Abrangência :** , Residencial Costa Paranhos, Irisville I e II, Jardim Conquista, Vale do Araguaia, Vila Martins Extensão, Setor Arco Verde, Fazenda Gameleira, Chácara Vale das Pombas, Chácara Independência, Chácara Enedina.**01) CENTRO DE SAÚDE “DR. AFONSO HONORATO DA SILVA E SOUZA” VILA ÁGUA BRANCA****Endereço:** Rua 01, Qd. E, Lt. 08. Setor Água Branca**Fone:** 3524-1600/1601/3284-4931 (Público Comunitário)**Abrangência:** St. Água Branca, Parte do Jd. Novo Mundo.**02) CENTRO DE SAÚDE CONJUNTO ARUANÃ****Endereço:** Rua Urucara, Qd. 03, Lt. 11. Conjunto Aruanã III**Fone:** 3524-1630 / 3284-2401 (Público Comunitário)

Ambulatório (7 às 19 horas de Segunda à Sexta)

Abrangência: Aruanã III, Jd. Califórnia, Rs. Olinda, Colônia Santa Marta, Jd. Califórnia Industrial.**03) CENTRO DE SAÚDE CONJUNTO RIVIERA****Endereço:** Av. Perimetral 05 QD.23-A Área 06. Conjunto Riviera**Fone:** 3524-1625/1626 e 3284-3059(público)

(7 às 19 horas de Segunda à Sexta)

Abrangência: Residencial Sonho Verde, Cj Riviera, Jd. Brasil, Pq. Santa Maria, Aruanã III.**04) CAIS NOVO MUNDO****Endereço:** Av. New Yorque QD.137, s/n, Jardim Novo Mundo **CEP** 74713-440**Fone:** 3524-1890/1891/1892/1894

Atendimento 7 às 19 horas de Segunda a Sexta, Urgência / Emergência: (7 às 19 horas nos Sábados, Domingos e feriados).

Abrangência: Jd. Novo Mundo, Ch. São Francisco, Jd. California Industrial, Ch. Botafogo II, VI. Martins, VI. Bandeirantes, VI. Moraes, VI. Romana, VI. Maria Luiza.**05) CAIS AMENDOEIRAS****Endereço:** Av. Francisco Ludovico de Almeida, Qd.24 S/N, Setor Parque das Amendoeiras**Fone:** 3524-1835/1836/1837/1839(Laboratório) e 3208-1153 e 3208-8031 (Público Comunitário)

Ambulatório 7 às 19 horas de Segunda a Sexta, Urgência / Emergência: (24 horas todos os dias da semana)

Abrangência: Jd. Novo Mundo, Ch. São Francisco, Jd. California Industrial, Ch. Botafogo II, VI. Martins, VI. Bandeirantes, VI. Moraes, VI. Romana, VI. Maria Luiza, Vila Matilde.

06)CAPS NOVO MUNDO – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Endereço: Av. Manchester n.º 2.000, Chácara 02, Jardim Novo Mundo CEP 74703-300

Fone: 3524-1804/FAX 3524-1802 e 3208-2850 (Público Comunitário)

Ambulatório (08 às 18 horas de Segunda a Sexta).

07)CAIS CHÁCARA DO GOVERNADOR

Endereço: Rua DF-02 LT. 14 esq. c/Rua DF-18, Chácara do Governador

Fone: 3524-3107/3108/3112/ 3524-3122 (Equipe Supervisão da Dengue) e 3282-1590(Público Comunitário)

Ambulatório (7 às 19 horas de Segunda a Sexta)

Abrangência: Ch. Do Governador, Pq.da Laramjeira, Jd Bela Vista, Pq. Santa Cruz, Cj Fabiana, Jd Vitoria, Ch. Alto da Gloria, Pq Acalanto, Br Alto da Glória, Parque Flanboyant, Vila Legionária, Park Lozandes, residencial Alphaville Flamboyant, Loteamento Portal do Sol, Lt Portal do Sol II, Privê dos Girassois, House Flamboyant, Autódromo.

08) RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA NOVO MUNDO

Endereço: Rua Desvio Krupp QD.28 LT.05 Jardim Novo Mundo

Fone: 3565-8030

09)UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA – R DAS M GERAIS

Endereço: Rua Anconas QD.04 LT.11, Jd. Abapuru

Fone: 3524-1877

Diretor Geral: Antônio Duarte Reis - 9152-9739

Abrangência: Recanto das Minas Gerais,Jardim Abapuru, São Leopoldo, Jardim Maria Helena, LoteamentoTupinambá dos Reis, Residencial Senador Paranhos.

10)UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA – BAIRRO SANTO HILÁRIO

Endereço: Rua Juscelino da Fonseca Ribeiro Qd. 14 Lt. 09, Bairro Santo Hilário

Fone: 3524-1874

Abrangência: Jardim Conquista.

11)UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA Á SAÚDE DA FAMÍLIA – JARDIM DOM FERNANDO II

Endereço: Rua BG IV QD.03 LT.05, IV

Fone: 3524 – 1879

12)UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA Á SAÚDE DA FAMÍLIA – JD MARILIZA

Endereço: Av. Aristóteles QD.29 LT.18 Jd. Mariliza

Fone: 3273-3308

Abrangência: Jd. Mariliza e parte do Pq Atheneu.,,

13)UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA A SAUDE DA FAMÍLIA - PARQUE ATHENEU

Endereço: Av. Parque Atheneu LTs. 16 e 18, Unid. 201 – Parque Atheneu

Fone: 3524-1605/3273-2349 / 3284-8121 (Público Comunitário)

Ambulatório (7 às 19 horas de Segunda a Sexta)

Abrangência: Parque Atheneu

14) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA – PQ ATHENEU II**Endereço:** Rua 10 Lt. 03 Unidade 205 – Parque. Atheneu**Fone:** 3284-8382/3273-1290(Público Comunitário)**Horário de Atendimento:** 8:00 às 17 Horas (Segunda a Sexta)**Abrangência:** Pq Ateneu, Vale das Pombas, Valle de France**15) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA – V. PEDROSO****Endereço:** Av. Santa Cruz QD.B-01 LT.13, Vila Pedroso**Fone:** 3524-1899**Horário de Atendimento:** 8:00 às 17 horas**Abrangência:** Vl. Pedroso, Grande Retiro, Mar Del Plata, Vl. Concórdia.**DISTRITO SANITÁRIO NOROESTE****Endereço:** Av. do Povo Qd.81 Lt. Área, Vila Mutirão**Fones.:** 3593-2819/2851/2822/2902/ e 3524-3424**Abrangência:** Jardim Liberdade, Jardim Helou, Chácara Helou, Chácara Mansões Rosa de Ouro, Chácara São Joaquim, Jardim Camargo, Residencial Mansões Paraíso e Aero clube, Residencial Maringá, Residencial Prive Norte, Residencial Paulo Pacheco, Bairro Vale das Caraíbas, Recanto dos Bosques, Setor Alto do Vale, Sítio Recreio Panorama, Jardim Belvedere**01) CAIS CÂNDIDA DE MORAIS****Endereço:** Av. Perimetral Norte esq. C/ CM-08, s/n – Setor Cândia de Moraes**Fones:** 3524-1940/1941/1942/3423**Ambulatório (7 às 19 horas de Segunda a Sexta) Urgência / Emergência:** (7 às 22 horas todos os dias, inclusive feriados)**Abrangência:** S. Empresariais e S Marabá ,Jd. Nova Esperança, Vila, Gleba, St. Cândia de Moraes, S.Santos Dumont(lado leste G0 060)**02) CAIS DO FINSOCIAL****Endereço:** Rua VF-64, Qd.49, Vila Finsocial**Fones:** 3524-3530 / 3531/ 3533**Ambulatório (7 às 19 horas de Segunda a Sexta) Urgência / Emergência:** (24 horas todos os dias)**Abrangência:** Finsocial, Morada do Sol.**03) CAIS JARDIM CURITIBA****Endereço:** Rua J-C, Área Verde, nº 13, Jd. Curitiba II, 1ª Etapa**Fones:** 3524-2560/2561/2562/3595-2461 (Laboratório)**Ambulatório (7 às 19 horas de Segunda a Sexta) Urgência / Emergência:** (24 horas todos os dias)**Abrangência:** Jardim Curitiba I, II.**04) MATERNIDADE NASCER CIDADÃO****Endereço:** Av. Oriente, Área Reservada – Jardim Curitiba III**Fones:** 3298-1214(PABX)/3298-1419/2950/2952/4001/4112/3581-5512/3595-2830(Diretoria) 3581-5622(Serviço Social) 35955833 (Banco de Leite) e 3595-3141 (público Comunitário)**Ambulatório (07 às 19 h) Urgência / Emergência** 24 horas**05) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA - BAIRRO FLORESTA****Endereço:** Rua BF 26 QD. 34 LT. 14 - Bairro Floresta Área IV.**Fone:** 3593-2905**Abrangência:** Bairro da Floresta, Boa Vista.

06) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA – B. DA VITÓRIA**Endereço:** Av. Comercial QD. 31 LT. 03. Área III – Bairro da Vitória**Fone:** 3595-9823**Abrangência:** Bairro da Vitoria, São Carlos.**07) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA - B SÃO CARLOS****Endereço:** Rua SC-35 QD. 66 LT. 22. Bairro São Carlos**Fone:** 3595-7849**Abrangência:** Bairro São Carlos.**08) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA – BARRAVENTO****Endereço:** Rua Percival Xavier Rebelo QD. 20 LT. 08 - Residencial Barra Vento**Fone:** 3524-1928**Abrangência:** Barra Vento, Belverdere, M^a Lourenço, Fonte Nova.**09) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA - BOA VISTA****Endereço:** Av. dos Ipês Qd. 38 LT. 09 Bairro Boa Vista**Fone:** 3593-2518**Abrangência:** São Domingos, Boa Vista.**10) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA - BRISAS DA MATA****Endereço:** Rua BM-10 QD.21 LT.62 Residencial Brisas da Mata**Fone:** 3524-3506**11) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA JARDIM - CURITIBA II****Endereço:** Rua JC-06 QD. 16 LT. 14 Jardim. Curitiba II**Fone:** 3595-2033**12) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA - JD CURITIBA III****Endereço:** Av. Oriente Qd. 104 Lt.15 Jardim Curitiba III**Fone:** 3595-1157**Abrangência:** Jardim Curitiba III.**13) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA - JARDIM PRIMAVERA****Endereço:** Rua CP-38 Qd.47 Jardim Primavera**Fone:** 3593-4547/4573/4590**14) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA - MORADA DO SOL****Endereço:** Rua Boreal QD. 188 LT. 07 Morada do Sol**Fone:** 3524-3504**Abrangência:** Pq. Tremendão, Morada do Sol.**15) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA - NOVO PLANALTO****Endereço:** Rua VM 3C QD. 91, LT. 19 Jardim Novo Planalto**Fone:** 3595-5954**Abrangência:** Novo Planalto, Jd. Colorado, Vista Bela, Mansões Paraíso, Ch.M.R.Ouro, Helton, S. Joaquim, \ch.Km 03,04, Prive Morot, Maringá, Jd. Das Hortências, .**16) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA – PQ. TREMENDÃO****Endereço:** Rua 1 Esq.C/Rua Antônio Gregório Qd. 172. Lts. 21 e 22. Parque Tremendão.**Fone:** 3595-4587**Abrangência:** Pq. Tremendão, Estrela Dalva.**17) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA – S. ESTRELA DALVA****Endereço:** Rua 16 de Maio QD. 4-B LT. 32. Setor Estrela Dalva. CEP: 74475-300**Fone:** 3524-3502**Abrangência:** Tremendão, Estrela Dalva.**18) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA – S. R. BOSQUE**

Endereço: Rua Tropical QD. 28 LT. 115 Setor Recanto do Bosque. CEP 74474-338
Fone: 3524-3503 E 3536-2056 (PÚBLICO COMUNITÁRIO)
Abrangência: Br. Alto do Valle, Rec. do Bosque, Brisa da Mata.

19) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA – V. FINSOCIAL (VF 18)

Endereço: Rua VF-18 QD. 13 LT. 09 Setor Finsocial
Fone: 3524-3505
Abrangência: Vila Finsocial.

20) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA - VILA MUTIRÃO

Endereço: Av. Do Povo QD. D Vila Mutirão
Fone: 3524-2575/2576/ e 3595-5444
Abrangência: Vila Mutirão II, Residencial Fortaleza, Pq. Maracanã, Green Park., Residencial Terra Nova I, Jardim Colorado Sul, Jardim Lago Azul.

21) UNIDADE DE ATENÇÃO A SAÚDE DA FAMÍLIA PSF / JARDIM PRIMAVERA

Endereço: Rua: CP – 38 QD. 47, JARDIM PRIMAVERA
Fone: 3593-4547 / 3593-4573 e 3593-4590(Centro Comunitário) 3593-4535

22) UNIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA PSF / UASBF JARDIM COLORADO

Endereço: Rua: SC – 19 QD. 35 LOTE 26, JARDIM COLORADO. Fone:3524-1971

DISTRITO SANITÁRIO NORTE

Endereço: Av. Contorno Qd. 07-A Lt. 21, Jardim Guanabara I CEP 74675-240
Fone: 3524-1821/1825/1886/1887/ Dengue: 35241878 E FAX: 3524-1878
Abrangência: Residencial Vale da Serra, Residencial Felicidade, Chácara Bambu, Fazenda Embira, Fazenda Santa Maria e Manaim, Fazenda Morro Azul e João Leite, Residencial Antonio Barbosa, Residencial Alice Barbosa, Residencial Orlando Morais, Residencial Antonio Carlos Pires.

01) CENTRO DE SAÚDE CONJUNTO ITATIAIA

Endereço: Rua R-12, Qd.11, s/n Conjunto Itatiaia 1
Fone: 3524-1820 e 3205-1399(público)
 Ambulatório (7 às 19 horas de Segunda à Sexta)
Abrangência: Ch. California, Ch. Bom Retiro, Casa Grande, Rs. Campus, Rs. Morada dos Sanhos, Loteamento Goiânia II (parte setorII) Ch. Shangrilá, Rs. Morada dos Ipês, Rs. Morada do Bosque, Nossa Morada, Sítio dos Recreios São Geraldo, VI Itatiaia, Ch. Samambaia, Mansões do Campus, St. Pindorama, Ch. Iatanhanguá, Cd. Elza Fronze, Cd. Universitário, Res. Vilage Atalaia, Res. Bom Jesus.

02) CENTRO DE SAÚDE BALNEÁRIO MEIA PONTE

Endereço: Rua dos Paranaenses c/ Rua dos Gaúchos, Qd. F-7, nº 733 – Jd Balneário Meia Ponte
Fones: 3524-1908(1) /1909 e 3210-9801 (Público Comunitário)
 Ambulatório (7 às 19 horas de Segunda à Sexta)
Abrangência: Jd. Balneario Meia Ponte, Resd. Balneario Meia Ponte, Mansões Goiania, Pq. da nações, Lot. Granjas Brasil, Res. Das acacias, Res. Italia, Resd. Mª Lourença, Pq das Flores, Jd dos Ipês, Res Lucardino.

03) CENTRO DE SAÚDE “ ISABEL MARIA DA SILVA” VILA MARIA DILCE

Endereço: Rua 11 Junho, Qd.11, Lts. 11,12,13,14 e 15, Vila Maria Dilce
Fones: 3524-3204/3205(I) e 3295-1250 (Público Comunitário)
 Ambulatório (7 às 19 horas de Segunda à Sexta)
Abrangência: Resd. Guarema, S. Sevento, Resd. Hugo Morães, Gleba, Vila Cristina, Vila Mª Dilce, Chac. Mª Dilce, Jd. Stª Cecília, Ind. Pedro Abrão, Ind. Pedro Abrão, Vila Cristina da Comunicação.

04) CENTRO DE SAÚDE “ BENEDITO DOS SANTOS VIEIRA” SETOR PERIM

Endereço: Av. Perim, Qd.14, It.12 – Setor Perim
Fones: 3524-3200 (1) /3201 e 3586-4440 (Público Comunitário)
 Ambulatório (7 às 19 horas de Segunda à Sexta)

Abrangência: St. Perim, Res. Prive, Res Itamaracá.

05) CENTRO DE SAÚDE VILA CLEMENTE

Endereço: Rua dos Tamoios Qd. 06 Lt. 3 e 4 Vila Clemente

Fone: 3524-3202/3203(1) e 3525-2595 (Público Comunitário)

Ambulatório (7 às 19 horas de Segunda à Sexta)

Abrangência: Gentil Meireles, gleba, Vila Clemete, St. Progresso

06) CAIS JARDIM GUANABARA

Endereço: Rua GB- 14, esq. c/GB-37, Qd. 61 Lt. 17 Jardim Guanabara

Fones: 3524-5050/5051/5003/5052(1) E 3207-2336 (Público Comunitário) Ambulatório (7 às 19 horas de Segunda à Sexta)

Abrangência: Jardim Guanabara II, III, Res. Felicidade, Res. Guanabara, Sta. Genoveva, St. Jaó.

07) CIAMS URIAS MAGALHÃES

Endereço: Rua Guajajara, esq./c Ruas Carijós, s/n.º, Setor Urias Magalhães

Fones: 3524-1993/1994/1995/1996 (laboratório) /3210-1897(público)

Ambulatório (7às 19 horas de Segunda a Sexta) Urgência / Emergência (07 às 22 todos os dias, inclusive feriados).

Abrangência: St. Urias Magalhães, St. Urias Magalhães II, Vila Nossa Srª Aparecida, Panorama Park, Graja Cruzeiro do Sul, bro. Jd. Diamantina, Res. Morumbi, Vila Cosme, Vila Roriz, Res. Plaza, Áreas.

08) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA - S. JUDAS TADEU

Endereço: Av. Brasília s/n esq.c/ Santana – Bairro São Judas Tadeu

Fone: 3524-1845/1846 e 3205-1653 (Público Comunitário)

Ambulatório (8 às 17 horas de Segunda à Sexta)

Abrangência: VL. Jardim Pompéia, VI. São Judas Tadeu, VI. Maria Rosa, Ch. Retiro (parte I), Goiânia II.

09) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA - DISTRITO VILA RICA

Endereço: Rua: Principal S/N / Distrito de Vila Rica Km 20

Fone: 3524-2550

Horário de Atendimento: 8:00 às 17:00 Horas (Segunda A Sexta)

Abrangência: Pq.dos Cisnes, Distrito VI. Rica, Região Bom Retiro, Região Limeira, Região Bandeira.

10) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA Á SAÚDE DA FAMÍLIA - JD GUANABARA I

Endereço: Av. Contorno 07 Qd. 36, Lts. 01e 02 Jd. Guanabara

Fone: 3524-1885 e 3207-6435 (Público Comunitário)

Horário de Atendimento: 8:00 às 17:00 Horas (Segunda a Sexta)

Abrangência: d. Guanabara I, VI. Dos Oficiais, VI. Militar.

11) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA Á SAÚDE DA FAMÍLIA – CACHOEIRA DOURADA

Endereço: Rua Cachoeira Dourada Qd. 86 Lt. 08 Cachoeira Dourada Jd. Guanabara I

Fone: 3524-1889

Horário de Atendimento: 8:00 às 17:00 Horas (Segunda a Sexta)

Abrangência: Jd. Guanabara I,II,IV, VI. Sta. Cruz, Pq Eucalipto, Asa Branca, Ch.Primavera, Ch. Taiti, Ch. Senna, Ch. N. S da Piedade.

12) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA Á SAÚDE DA FAMÍLIA – VALE DOS SONHOS

Endereço: Rua Maria de Jesus Qd. 57 Lt. 12 Residencial Vale dos Sonhos

Fone: 3524-5002

Horário de Atendimento: 8:00 às 17:00 Horas (Segunda a Sexta)

DISTRITO SANITÁRIO OESTE

Endereço: Av. Padre Monte Qd. 27 Lt. 12/13 Bairro Goiá CEP 74.485-020

Fone: 3524-1695/3296-6116/ 3296-3118 e P. Com. 3296-6116

Horário de Atendimento: 07:00 às 17:00 horas

Abrangência: Residencial Portinari, Residencial Itapuã, Chácaras da Avenida Travessia do Mar Vermelho, Chácara da Avenida Argentina Monteiro, Chácaras da Rua Goiás do Couto, Chácaras da Rua Aroldo de Azevedo, Residencial Dom Rafael, Residencial Nunes de Moraes, Residência Eldorado Oeste, Ponta Negra, Chácara do Setor Parque Anhanguera, Chácara do Setor Chácaras Buritis, Jardim Orquídea, Residencial Real, Residencial Anicuns, Setor Veloso, Delta Vila, Residencial São Marcos, Goiás Park, São Bernardo, Setor Depozi, Mundo Novo III, Jardim Leblon I e II, Jardim Petrópolis, Jardim Industrial Paulista, Jardim Clarissa, Jardim 14 Bis, residencial Mendanha.

01) CAIS BAIRRO GOIÁ

SIA / SUS 32339447

Endereço: Av. Santa Maria, s/n, Chácara Santa Rita, Bairro Goiá CEP 74485-500

Fone: 3524-8200/8201/8202/3296-3437 (Laboratório) e 3296 2255 (Público Comunitário)

Ambulatório (7 às 19 horas de Segunda a Sexta) Urgência / Emergência: (24 horas todos os dias da semana)

Abrangência: Br. Goiá, Pq Oeste Industrial, St. Veloso, Jd. Mirabel, CD. St. Rita, Rs. Serra Azul, Cd. Luana Parque, Tropical Verde, Jd. Das Rosas, Cd. Jd. Das Oliveiras, Jd. Marques de Abreu, Vl. Jd. Abreu, Jd. Aritana, Cd. Rio Branco, Vl. Rizzo, Rs. Dela Pena, Jd. Botânico, Ch. Sta. Rita, Gleba. Res. Solar Villel, BR. Capuava.

02) CENTRO DE SAÚDE PARQUE INDUSTRIAL JOÃO BRAZ

SIA / SUS

32339390

Endereço: Rua Rodrigues Alves, esq.c/ Rua Olímpia QD. 52 LTs.14 e 15 – Parque Industrial João Braz

Fone:3573-6056 / 3573-3674

Ambulatório (7 às 19 horas de Segunda à Sexta)

Abrangência: Carolina Park, Araguaia Park, Pq. Ind. Joao Brás, Solange Park, Ch. Solange Park, Extensão João Brás.

03) CENTRO DE SAÚDE BAIRRO SÃO FRANCISCO

SIA / SUS 32506793

Endereço: Av. das Palmeiras, esq. c/ Rua Buenos Aires QD.89 LT.10, Bairro São Francisco

Fone: 3524-1965 /3597-3196/3597-3064 (1) / 3297-4246 (Público Comunitário)

Ambulatório (7 às 19 horas de Segunda à Sexta)

Abrangência: Bairro Ipiranga, Jd Petropolis, Morro do Mendanha, Jd Petropolis II, Ch Industriaais, Res Cidade Verde, Jd Pampulha, Jd Neblon, Jd. Neblon II, Cond Jd Neblon, Residencial

04) CENTRO DE SAÚDE PARQUE DOS BURITIS

SIA / SUS 32506793

Endereço: Rua Rosimira Marques, c/ Av. Elizabeth

Fones: 3524-2600 / 3298-5888 e 299-2247 P. Comunitário

Ambulatório (7 às 19 horas de Segunda à Sexta)

Abrangência: Pq. dos Buritis, Res. Recanto das Garças, Res. Tempo Novo, St. Maísa, Jd. Real, Lot. Tropical Ville.

05) CENTRO DE SAUDE VILA REGINA

Endereço: Rua São Miguel esq. C / Av. Inhumas Qd. 28 Lt. 01/02 e 03 Vila Regina

Fone: 3524-1968 / 1969 / 3297-3104 (Público Comunitário)

06) CAPS ESPERANÇA

Endereço: Rua Serra dos Órgãos QD.48 LTs. 33/34, Jd. Petrópolis

Fone: 3597-2214/3597-5040

Ambulatório (08 às 18 horas de Segunda a Sexta)

07) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA VERA CRUZ I**Endereço:** Rua Eunice Weaver, Qd. 32-C 1ª Etapa, Conjunto Vera Cruz I CEP 74493-005**Fone:** 3524-2555/ 3425/ 3298-7989 e 3299-1116 (Público Comunitário)

Ambulatório (7 às 19 horas de Segunda à Sexta)

Abrangência: Conj. Vera cruz I, Parque Conj. Vera cruz I, Residencial Junqueira, Ch. Maringá.**08) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE DA FAMÍLIA CONJUNTO VERA CRUZ II****Endereço:** Av. Leopoldo de Bulhões QD.100, s/n, Conjunto Vera Cruz II CEP 74493-130**Fone:** 3524-2410/ 3524-2411/ 3294-1634 (Publico Comunitário)

Ambulatório (7 às 19 horas de Segunda à Sexta)

Abrangência: Conj. Vera Cruz II, St. Das Nações, Rs. Nova Aurora, Pq. Eldorado Oeste, Pq. Bom Jesus, Rs. Itaipuã, Rs. Mendanha, Rs. Primavera.**09) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA - RESIDENCIAL GOIÂNIA VIVA****Endereço:** Rua GV 17-A QD. 46 Casa Chácara Taquaral Reserva Ecológica do Residencial Goiânia Viva**Fone:** 3573-4403/3296-5852 (Público Comunitário)

Horário de Atendimento: 8:00 às 17:00 Horas (Segunda a Sexta)

Abrangência: Residencial Goiânia Viva**10) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA – PQ ELDORADO OESTE****Endereço:** Rua ELO 22 Qd. 22 Lt. 35, Pq. Eldorado Oeste**Fone:** 3299 – 2995**11) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA – JARDIM ARITANA****Endereço:** Rua Prof.º José Ferreira Cunha, Qd. 09 Lt. 12 Casa 03, Jd. Aritana**Fone:** 3256-6498**12) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA – BAIRRO GOIÁ****Endereço:** Av. Padre Monte Qd. 14 Lt. 12, Bairro Goiá**Fone:** 3296 - 3073**13) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA – JARDIM****MIRABEL** **Endereço:** Rua BG IV Qd. 03 Lt. 05, Bairro Goiá IV**Fone:** 3296-4322**14) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA – YTAPUÃ****Endereço:** Av. Noel Rosa QD.08 LT.06, Residencial Ytapuã**Fone:** 3573-6611**15) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA - RESIDENCIAL JARDIM DO CERRADO****End:** Rua das paineiras esq. c/ rua Pingo de Ouro, Área Pública Municipal (APM) Nº 06 QD. 21 Lote Zero, Residencial Jardim do Cerrado 4, Goiânia.**Fone:** 3577-7585**16) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE DA FAMÍLIA – UABSF BUENA VISTA****End.:** Rua João Amoreles com Rua Vanda Matos, Resid. Buena Vista – Goiânia**17) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA – UABSF LUANA / LORENA PARK****End.:** Rua Estrada D Qd. 01 Lt. 14 Setor Luana Park

Fone: 3573-6611

DISTRITO SANITÁRIO SUDOESTE

End.: Av. Itália Qd. 122 Lt. 02 s/n.º Jardim Europa

Fone: 3524-1635/1636 E 1683 (EQUIPE DE SUPERVISÃO DA DENGUE)

FAX: 3524-1636

Ambulatório (7 às 19 horas de Segunda à Sexta)

Abrangência: Setor Oriente Ville, Setor Cristina, Residencial Madri II, Setor Andréia, ÁREA Residencial Linda Vista, Chácara Prive Residencial e Jardim das Oliveiras, Jardim Ipanema, Village Santa Rita, Jardim Alphaville, Condomínio Alphaville II Etapa, Residencial Rio Verde, Chácara Residencial Eli Forte, Chácara Chanadu, Jardim Eli Forte, Setor Campos Dourados, Residencial Santa Fé, Setor Orientville.

01) CAIS NOVO HORIZONTE

Endereço: Av. Engenheiro José Martins Filho, s/n, - St. Novo Horizonte CEP 74363-780

Fone: 3524-8220 /8221/8222/8230/8274/8275 e 3289-3210

Ambulatório (7 às 19 horas de Segunda a Sexta) Urgência / Emergência (7 às 19 horas aos sábados e domingos)

Abrangência: Jd. Europa, VI. Novo Horizonte, Conj. Cachoeira Dourada, Conj. Cachoeira Dourada/ Jd. Presidente/ Res. Flamingo, Vereda Dos Buritis/ Res. Canadá/ Res. Porto Seguro, Res. Eldorado/ Res. Granville/ Res. P. Seguro/ Lot. VI. Veneza, St. Rio Formoso, Jd. Sonia Maria/ St. I/ Jd. T. Neves/ Res. Aquarius, Prq. Das Paineiras/ Res. Santa Rita, Tes. Monte Carlos, St. Rio Formoso, Jd. Madri/ Res. Eli Forte / Res. Center Ville (mais os bairros da UBSF Santa Rita e Madre Germana). Solar Bougainville, Residencial Atibaia. Setor Cristina.

02) CENTRO DE SAÚDE PARQUE ANHANGUERA

Endereço: Rua Travessa Machado de Assis, Qd. 02-A Lt. Área, Bairro Parque Anhanguera

Fone: 3524-1670/1671/1683 (equipe de superv. Da dengue) 3579-1913 (Público comunitário)

Ambulatório (7 às 19 horas de Segunda à Sexta)

Abrangência: VI. Atlântico, Jd. Atlântico, VI. Rosa, VI. Resente, Jd. Planalto, Br. Anhanguera e Pq. Anhanguera II.

03) CENTRO DE SAÚDE JARDIM VILA BOA

Endereço: Rua Almirante Barroso esq.c/ Castro Alves, Jardim Vila Boa CEP 74360-270

Fone: 3524-1680/8273/3290-7660 e 3289-2492 P. Comunitário

Ambulatório: (7 às 19 horas de Segunda à Sexta)

Abrangência: Jd. Europa, Jd. VI. Boa, Façalville e Jd. Presidente.

04) CENTRO DE SAÚDE VILA MAUÁ

Endereço: Av. das Bandeiras, Qd. 35, Lts. 11 e 12 – Vila Mauá

Fones: 3524-1640/1641/3287-0626 P. Comunitário

Ambulatório (7 às 19 horas de Segunda à Sexta)

Abrangência: Sudoeste, Jd. Planalto, Jd. Europa, Jd. Ana Lúcia, VI. Mauá, VI. Lucy, VI. Anchieta, VI. Alvorada, Pq. Oeste Industrial, Cond. Vila Luciana, Ch. Dona GÊ e Celina Park, Jd Adélia, Jd. Presidente.

05) CENTRO DE SAÚDE “JOSÉ DO EGÍDIO MARTINS”- VILA UNIÃO

Endereço: Rua U-47, s/n, Vila União

Fone: 3524-1620 / 1622 / 3287-1902 P. Comunitário

Ambulatório (7 às 19 horas de Segunda à Sexta)

Abrangência: Jd. Planalto, St. Sudoeste, VI. Alpes, Res. Manhattan, St. União, VI. Bela, Jd. Europa e VI. Alvorada.

06) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA – S ANDRÉIA CRISTINA

Endereço: Av. Blumenau Qd. 28 Lt. 176 – S. Andréia Cristina CEP 74354-570

Fone: 3288-3019 e 3288-2637 (Internet)

Horário de Atendimento: 8:00 às 17 Horas (Segunda a Sexta)

Abrangência: Setor Andreia Cristina, St Boa Sorte, Amim Camargo II, grajaú, Maria Celeste

07) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA – JD CARAVELAS

Endereço: Rua 12 Qd. 16 Lt. 02, Jardim Caravelas

Fone: 3588-5988

Horário de Atendimento: 8:00 às 18 Horas (Segunda a Sexta)

Abrangência: Setor Caravelas, St. Oriente ville, Rs. Center Ville

08) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA I VALDEMIRO CRUZ– PSF RESIDENCIAL ITAIPÚ

Endereço: Rua RI 31 Com RI 08 Qd. 107 Lt. 19/20 Res. Itaipú CEP 74356-052

Fone: 3578-3428 / 3288-9211 P. Comunitário

Horário de Atendimento: 8:00 as 17 Horas (Segunda a Sexta)

Abrangência: Res. Itaipu, Chácara e Res. Ana Clara

09) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA – GARAVELO B

Endereço: Av. Central Qd. 56 Lt. 16 St. Garavelo B

Fone: 3588-7115

Horário de Atendimento: 8:00 às 17 Horas (Segunda a Sexta)

Abrangência: Setor Garavelo B.

10) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA – CONDOMÍNIO DAS ESMERALDAS

Endereço: Rua 30 Qd. 27 Lt. 07 Condomínios das Esmeraldas

Fone: 3578-3651 / 3578-3651 / 3288-8607(TEL. DO PROJETO SEMEAR)

Horário de Atendimento: 8:00 às 17 Horas (Segunda a Sexta)

Abrangência: Cj e Ch.Baliza, Jd. Itaipu, Cd. Das Esmeraldas, Jd. Fonte das Esmeraldas.

11) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA – CONDOMÍNIO DAS ESMERALDAS II

Endereço: Rua 30 Qd. 27 Lt. 07 Condomínios das Esmeraldas (unidade II)

Fone: 3578-4488

Horário de Atendimento: 8:00 às 17 Horas (Segunda a Sexta)

Abrangência: Ch.Baliza, Jd. Itaipu, Cd. das Esmeraldas, Jd. Fonte das Esmeraldas.

12) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA – MADRE GERMANA II

Endereço: Av. José Barbosa dos Reis esq/rua Janira QD.53 LT.01, Setor Madre Germana II

Fone: 3578-7616/3578-6262

Horário de Atendimento: 8:00 às 17 Horas (Segunda a Sexta)

Abrangência: St. Madre Germana.

13) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA – SANTA RITA

End.: Av. Americano do Brasil s/n QD. 04 LT. 06, Parque Santa Rita

Fone: 3256-6233 / 3256 – 6273

14) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA – GRAJAÚ

End.: Rua G1 Qd. 03 Lt. 13, Setor Grajaú

Fone: 3524-8239

Diretor Geral: Murilo Luiz Aguiar 9645-6169

14) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA – RESIDENCIAL ELI FORTE

End.: Rua EF30 Qd. 27 Lt. 20, Residencial Eli Forte
Fone: 3524-5240

15) UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA FAMÍLIA – UABSF REAL CONQUISTA

End: Rua: RC-10 QD.22 LTS. 26/27 Residencial Real Conquista
Fone: 3524-1601

16) CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL BEIJA FLOR

Endereço: Alameda Presidente Baldomis Chácara 7/8 Jardim Presidente
Fone: 3524-1646/3290-7665 e 3291-2219 (Público Comunitário)
Horário de Atendimento: 7:00 às 19 Horas (Segunda a Sexta).

17) RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA BEIJA-FLOR

End.: Alameda Presidente Baldomir Qd.02 Lt.30 Jd. Presidente (Próximo à Garagem da empresa de ônibus Rápido Araguaia.
Fone: 3289-3230

DISTRITO SANITÁRIO SUL

Endereço: Praça C-221 esq.c/ rua C-224 s/n. ° Jardim América Fones: 3524-1610/1632/1668/163

Horário de Atendimento: 07:00 às 17:00 horas

01) CIAMS SETOR PEDRO LUDOVICO

Endereço: Av. Edmundo Pinheiro de Abreu QD.216-a LT.05 Setor Pedro Ludovico, CEP 74823-030
Fones: 3524-1676/1677/1679 (Ouvidoria)
 Ambulatório (7 às 19 horas de Segunda a Sexta) Urgência / Emergência (7 às 19 todos os dias)
Abrangência: St. Pedro Ludovico, St. Marista, St. Bela Vista, Jd. Esmeraldas, Bairro Jd. Goiás.

02) CIAMS JARDIM AMÉRICA

Endereço: Praça C-201, s/n, Jardim América, CEP 74210-180
Fone: 3524-8210 /8211/3285-3367(Pub. Comunitário) e 3524-8269 (ouvidoria)
 Ambulatório (7 às 19 horas de Segunda a Sexta)
Abrangência: St. Jd. América, Vl. Stª Efigênia, St. Bueno, VI Teofilo Neto, VI. Americano do Brasil, Bairro Nova Suiça, St. Bueno.

03) AMBULATÓRIO MUNICIPAL DE QUEIMADURAS -

Endereço: Av. 5ª Radial, Qd. 216-A, Lote 04, Setor Pedro Ludovico CEP 74823-030
Fones: 3524-1675 / 3524-1676 e 3524-1677 / 1678 / 1672 laboratório
 Ambulatório (7 às 19 horas de Segunda a Sexta) Urgência / Emergência (7 às 19 todos os dias)
Abrangência: St. Pedro Ludovico, St. Marista, St. Bela Vista, Jd. Esmeraldas, Bairro Jd. Goiás.

04) AMBULATÓRIO MUNICIPAL DE PSIQUIATRIA

Endereço: Rua 132 QD.29 LT.21 nº 159 Setor Sul
Fones: 3524-1690 / 1693

05) CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO JUVENIL – CAPS ÀGUA VIVA –

Endereço: Rua 115 nº 341 Chácara 03 Setor Sul, CEP 74085-240
Fones: 3524-1660/1661/1662 e 3281-8781 (Público Comunitário)

06) CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS GIRASSOL

Endereço: Rua 05 QD.07 LT.03 Setor Oeste.

Fones: 3524-2419/2489

07) CENTRO DE SAÚDE PSICOSSOCIAL – CAPS – AD/CASA

End: Rua: 104 nº 587 Setor Sul

Fone: 3524-1739 / 3524-1703

08) CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS VIDA

Endereço: Rua 1128 QD.233 LT.08 Setor Marista

Fones: 35241650/1651

09) CENTRO DE SAÚDE PARQUE AMAZÔNIA

Endereço: Praça José Rodrigues de Moraes, s/n Parque Amazônia

Fones: 3524-2570/1708 e 3280-2112 Púb. Comunitário

Ambulatório (7 às 19 horas de Segunda a Sexta)

Abrangência: Pq. L, St. Dos Afonsos, Rs. Taynan, Vl. Divino Pai Eterno, Bairro Serrinha.

10) CENTRO DE SAÚDE “HORTÊNCIA MENDONÇA” - VILA REDENÇÃO

Endereço: Rua R07, esq. c/AV. Jardim Botânico – Vila Redenção

Fones: 3524-3100/3101 / 3282-6669 Público Comunitário

Ambulatório (7 às 19 horas de Segunda a Sexta)

Abrangência: Vl. Redenção, Jd. St. Antonio, Vl São João, Vl. Maria José, Cj. Vl. Izabel, Alto da Gloria, Jd. da Luz, Cj. Anhanguera

11) PRONTO SOCORRO PSIQUIÁTRICO (WASSILY CHUC)

Endereço: Rua T-03 QD.169 LT.12/31 nº 600 Setor Bueno

Fones: 3524-8286/8287/8288/8249 (Ouvidoria)

12) UNIDADE DE TRABALHO E PRODUÇÃO SOLIDÁRIA DA SAÚDE MENTAL – GERARTE

Endereço: Rua 24 QD.H-11 LT.07, Setor Marista

Fones: 3524-1523 / 1513

13) MATERNIDADE DONA IRIS –

Endereço: Alameda Emílio Póvoa Q 72a, 165 Lt 1 74845-250 Vila Redenção.