



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CURSO DE FISIOTERAPIA**

**VANESSA PEREIRA CORRÊA**

**PERFIL DE LIDERANÇA DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE**  
**PARTICIPANTES DA ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO EXTREMO SUL**  
**CATARINENSE**

Araranguá

2017

**VANESSA PEREIRA CORRÊA**

**PERFIL DE LIDERANÇA DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE  
PARTICIPANTES DA ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO EXTREMO SUL  
CATARINENSE**

Projeto de Pesquisa apresentado ao Curso de Graduação em Fisioterapia, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso I.

Orientadora: Profa. Dra. Ione Jayce Ceola Schneider

Araranguá

2017

## LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
AMESC	Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense
AMREC	Associação dos Municípios da Região Carbonífera
ANOVA	Análise de Variância
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIR	Comissão Intergestora Regional
CIS AMESC	Comissão Intermunicipal de Saúde da AMESC
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde
DP	Desvio Padrão
MPS	Ministério da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
PMS	Plano Municipal de Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SeMS	Secretário Municipal de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

## RESUMO

**Introdução:** O Sistema Único de Saúde (SUS) não é apenas uma instituição ou serviço específico, trata-se de um sistema. Portanto, junto com os avanços em prestação de serviços de saúde, desde sua criação, surgiram diversos problemas de ordem gerencial e assistencial. A municipalização da saúde é um processo de descentralização de gestão do SUS que implica no reordenamento dos papéis que cabem a cada uma das instituições político-administrativas e em uma gestão compartilhada. Como o gestor municipal é o principal contato entre o usuário e os serviços de saúde, levanta-se uma discussão sobre o perfil de liderança destes para trabalhar com a equipe de saúde à fim de desenvolver as habilidades do grupo e atingir bons resultados. **Objetivo:** O objetivo da pesquisa é identificar o perfil de liderança dos gestores municipais de saúde participantes da Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense – AMESC. **Metodologia:** Os dados para essa pesquisa serão coletados através de um questionário estruturado respondido pelos participantes, dividido em três partes: caracterização sociodemográfica, caracterização profissional e perfil de liderança. **Resultados esperados:** Espera-se, através desse estudo, compreender melhor as ações dos secretários municipais de saúde, bem como, seu perfil técnico, profissional e de liderança levando a melhores resultados das ações da equipe de saúde. O estudo também visa auxiliar em melhorias nas aplicações de política públicas de saúde através dos dados obtidos.

Palavras-chave: SUS; gestores em saúde; secretário municipal de saúde; liderança; atenção em saúde.

## **ABSTRACT**

*Introduction:* *Sistema Único de Saúde (SUS)* - Brazilian Unified Health System is not just a specific institution or service, it is a system. Therefore, along with the advances in health service delivery since the creation of the SUS, several management and care problems have arisen. The municipalization of health is a process of decentralization of SUS management, which implies reorganizing the roles of each of the political-administrative institutions and a shared management. As the municipal manager is the main contact between the user and the health services, a discussion is held about the leadership profile of these managers to work with the health team to develop group skills and achieve good results. *Purpose:* The objective of the research will be to identify the leadership profile of municipal health managers participating in the *Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense - AMESC*. *Methodology:* The data for this research will be collected through a structured questionnaire answered by the participants themselves, which will be divided into three parts: sociodemographic characterization, professional characterization and leadership profile. *Expected results:* Through this study, it is expected to better understand the actions of the municipal health secretaries, as well as their technical, professional and leadership profile leading to better results of the actions of the health team. The study also aims to aid in improvements in the application of public health policies through the data obtained.

**Key-words:** SUS; health managers; municipal health secretary; leadership; health care.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>6</b>
1.1	OBJETIVO GERAL .....	7
1.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	7
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>MÉTODOS</b> .....	<b>18</b>
3.1	DESENHO DO ESTUDO .....	18
3.2	LOCAL DO ESTUDO .....	18
3.3	PARTICIPANTES.....	18
<b>3.3.1</b>	<b>População em estudo</b> .....	<b>18</b>
3.4	VARIÁVEIS.....	19
3.5	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	20
3.6	ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	21
3.7	ASPECTOS ÉTICOS .....	21
<b>4</b>	<b>CRONOGRAMA</b> .....	<b>23</b>
<b>5</b>	<b>ORÇAMENTO</b> .....	<b>24</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>25</b>
	<b>APÊNDICE A – Instrumento de pesquisa</b> .....	<b>30</b>
	<b>APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	<b>34</b>
	<b>ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP</b> .....	<b>36</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) aconteceram enormes avanços em desenvolvimento de ações e prestação de serviço na atenção à saúde. No entanto, inúmeros problemas de ordem gerencial e assistencial persistem e tem repercussão negativa na qualidade da atenção à saúde (BONIATTI, 2012).

Nesse aspecto, no cenário da atual política de saúde, alguns componentes são essenciais para garantir bons resultados na prestação de serviço, dentre eles: democratização, qualidade, responsabilidade, eficiência, efetividade e eficácia. Isso leva à reflexão sobre o perfil adequado para o gestor, para que possa corresponder à demandas e trazer novas concepções gerenciais (CASTRO; CASTRO; VILAR, 2005).

O SUS segue os mesmos princípios em todo o território nacional, por isso, trata-se de um sistema e não apenas de uma instituição ou serviço específico. Esse sistema é de responsabilidade das três esferas governamentais: federal, estadual e municipal, que trabalham por um fim comum baseado nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, participação social, regionalização, descentralização, resolutividade e hierarquização (BRASIL, 2009).

Dentre esses princípios, a municipalização da saúde é um processo da descentralização da gestão do sistema de serviços até a base político-administrativa do Estado brasileiro, implicando no reordenamento dos papéis que cabem a cada uma das instâncias político-administrativas, isso é, ao governo federal e aos governos estaduais e municipais. Significa, então, que a gestão municipal tem a capacidade de definir, junto aos munícipes, os rumos da saúde na sua área de abrangência, através da autonomia de gestão e descentralização de recursos financeiros. Com isso, o município passa a ser o gestor de saúde no seu território (TEIXEIRA; MOLESINI, 2002).

A gestão no SUS é designada como compartilhada, pois o exercício das funções gestoras só é possível com a articulação entre as esferas de governo. Assim, a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde municipal, estadual ou nacional compreende o exercício de diversas funções e exige qualificação e capacitação do profissional para atingir resultados bons e de qualidade, principal componente estratégico dentro de uma organização (LANZONI et al, 2009; BONIATTI, 2012).

O gestor municipal é o principal contato entre o usuário dos serviços de saúde e o poder público, e pode interferir diretamente na qualidade de vida e saúde da população através

da construção de diretrizes da política de saúde que abranja a realidade epidemiológica e as necessidades de saúde do seu território (ANDRÉ; CIAMPONE, 2007; BRASIL, 2009).

Para assumir o cargo de gestor municipal deve-se haver uma preocupação além das dimensões técnicas, administrativas, políticas, ética e psicossocial. Deve-se buscar um perfil de liderança para trabalhar com sua equipe maneiras de desenvolver os conhecimentos e habilidades do grupo (ANDRÉ; CIAMPONE, 2007).

## 1.1 OBJETIVO GERAL

Identificar o perfil de liderança dos gestores municipais de saúde participantes da Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense (AMESC).

## 1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever características sociodemográficas dos gestores municipais de saúde da AMESC.

Investigar as características de liderança dos gestores municipais de saúde da AMESC.

Descrever características profissionais dos gestores municipais de saúde da AMESC.

Analisar as estratégias desenvolvidas pelos gestores municipais de saúde da AMESC para estimular a equipe de saúde.

Apresentar as atividades realizadas pelos gestores municipais de saúde da AMESC.

Apontar aspectos relevantes para qualificações e capacitações dos gestores municipais de saúde da AMESC.



## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

O SUS consolidou-se em 1988, ao ser incorporado na Constituição da República Brasileira que anunciou garantias para sistematizar ações e os serviços de saúde através da universalidade do acesso, equidade e integralidade da assistência (ROCHA, 2016).

No entanto, a reorganização no setor da saúde começou muito antes, durante o regime da ditadura, com o movimento da Reforma Sanitária Brasileira que garantiu a saúde como direito individual para todos (BONIATTI, 2012; MINARDI, 2012). Esse movimento tinha três pilares principais: o modelo de democracia, onde a saúde deveria ser garantida de forma igualitária; a proposta de reconceitualização da saúde, em que deveria ser reconhecida a determinação social do processo saúde-doença e; críticas às práticas hegemônicas de saúde que diz respeito à participação da população nas decisões do delineamento das ações de saúde (FEUERWERKER, 2005).

Após a sua criação, o SUS passa a ser regulamentado pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8142/90, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde, onde são detalhados seus princípios que também estão incorporados na Constituição Federal de 1988. Estes podem ser divididos em dois grandes grupos: doutrinários e organizacionais, também chamados de éticos e operativos, respectivamente (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004).

Os princípios doutrinários são a universalidade, definida como o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; o princípio da integralidade, entendida como ações em saúde individuais e coletivas, em todos os níveis de complexidade, da prevenção até a cura; e a equidade, que se trata da igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (LINARD et al, 2011).

Já os princípios organizativos, que tratam da funcionalidade do sistema, incluem: a regionalização, que implica na delimitação de um território para determinar as ações de saúde, e a hierarquização, que diz respeito à organização das unidades de saúde segundo o grau de complexidade. Juntos, esses princípios propõem maior conhecimento da situação de saúde da população do território delimitado, tornando as ações de saúde mais específicas; Além disso, tem o princípio da participação social, citado anteriormente, em que o usuário tem papel ativo nas tomadas de decisões através dos representantes nos conselhos de saúde e; finalmente, o princípio da descentralização, em que a gestão acontece pela transferência de poder a nível federal [Ministério da Saúde – (MS)], estadual [Secretaria Estadual de Saúde (SES)] e

municipal [Secretaria Municipal de Saúde – (SMS)] (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2011; TEIXEIRA, 2011).

Nesse sentido, a descentralização do poder ocorre com a distribuição de funções e responsabilidades para cada esfera do governo, concomitante a transferência de recursos financeiros, materiais e humanos que se fizerem necessário. Esse princípio busca eficiência e qualidade nos serviços prestados, bem como facilita a fiscalização pela população (TEIXEIRA, 2011). Assim, cada esfera é autônoma nas suas decisões e atividades, sempre seguindo a organização por complexidade e respeitando a participação social, que ocorre por meio de conselhos deliberativos em todos os níveis do governo (KLEBA; ZAMPIROM; COMERLATTO, 2015; FIOCRUZ, 2017).

Em 1993, com o SUS em processo de construção, a descentralização ganhou ênfase na municipalização da saúde, ou seja, a responsabilidade pela assistência à saúde da população passara aos municípios, com recursos técnicos e financeiros a serem fornecidos pela União e pelos estados (KEINERT; ROSA; MENEGUZZO, 2006). No entanto, a discussão sobre esse tema começou muito antes, em 1963, durante a III Conferência Nacional de Saúde (CNS). Posteriormente a diversos acontecimentos, a Lei Federal 8.080/90 definiu como competência do município “planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde” (VIEIRA, 2013, p. 797).

A proposta da municipalização da saúde foi fundamentada em alguns motivos, sendo principalmente, uma resposta ao modelo anterior de assistência à saúde, em que as decisões eram tomadas de forma autoritária e concentrada a nível nacional. Além disso, havia um grande problema de duplo comando pelo MS e o Ministério da Previdência Social (MPS). Sobretudo, a municipalização tornou viável a prática dos princípios de participação social e regionalização (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004).

A associação dessas razões implica na presença de um gestor municipal, que também passa a ser solução do problema de direção múltipla. Ter apenas um responsável pelas decisões municipais também torna acessível a participação, avaliação e fiscalização por parte da população (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004).

Em sistemas descentralizados, parte-se da premissa que o município está mais próximo da realidade da população, conhece as demandas e necessidades desta – portanto, pode alocar melhor os recursos – otimizando os resultados (CARVALHO, 2013).

Em menos de 10 anos após iniciar o processo de municipalização, já havia críticas sobre falhas no sistema de descentralização. Mendes (1998) destaca o isolamento do município como um ponto negativo, pois a falta de articulação com a microrregião leva à

fragmentação de recursos e equipamentos, e por consequência, um atendimento sem eficiência e qualidade.

Coriolano e seus colaboradores (2010) realizaram um estudo em Juazeiro – Ceará (CE) sobre o processo de municipalização do SUS daquele território e puderam apontar como outro grande desafio, a insuficiência de recursos financeiros e, particularmente na atenção básica, falta de capacitação dos profissionais para atuar na saúde da família, além da diversidade de complexidade dos problemas, e que não seria possível resolver todos na Unidade Básica de Saúde. Outro estudo, realizado por Souza e seus colaboradores (2011), corrobora com esses dados, e mostra que o principal desafio é levar em conta todas as especificidades e necessidades de cada região, e assim, reestruturar toda a rede de atenção, em especial a atenção básica.

Como citado anteriormente em outros estudos, toda a discussão perante o processo de descentralização levou a reflexão sobre outras práticas do SUS (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004; CARVALHO, 2013), entre elas, a busca por maior integração para as ações e serviços de saúde. Em 2002, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) foi editada, enfatizando a necessidade da construção de uma lógica de estruturação de redes regionalizadas com um sistema integrado regionalmente, com estratégias intermunicipais, programas e sistemas organizacionais por módulos, microrregiões e regiões (OUVERNEY; NORONHA, 2013).

Já em 2006, o Pacto pela Saúde destaca a necessidade de aprofundar o processo de regionalização e enfatiza a responsabilidade geral da gestão dos Estados de “coordenar o processo de configuração do desenho da rede de atenção à saúde, nas relações intermunicipais, com a participação dos municípios da região” (BRASIL, 2006).

Visto os novos estágios e desafios alcançados pelo SUS, surgiu a necessidade dos gestores utilizarem instrumentos de planejamento para atingir resultados favoráveis, por isso, em 2005, surgiu a ideia do PlanejaSUS, instrumento de planejamento criado no ano seguinte e revisado periodicamente. Nele, trata-se do planejamento de todos os segmentos necessários para o funcionamento do SUS, inclusive da gestão de saúde, onde está compreendido o planejamento, a descentralização com ênfase na municipalização, o financiamento, a participação social, a gestão do trabalho e da educação em saúde, a infraestrutura e a informação em saúde (BRASIL, 2009).

Nas responsabilidades das secretarias municipais de saúde, em uma publicação do PlanejaSUS, pelo MS (2006, p. 19), destaca-se:

- Coordenação, execução e avaliação do processo de planejamento estratégico do SUS no âmbito municipal, consoante aos pactos estabelecidos no âmbito do PlanejaSUS;
- Implementação das diretrizes, metodologias, processos e instrumentos definidos de forma pactuada no âmbito do PlanejaSUS;
- Participação em instância tripartite de coordenação do PlanejaSUS, consoante à forma de representatividade que vier a ser estabelecida;
- Sensibilização dos gestores para incorporação do planejamento como instrumento estratégico de gestão do SUS;
- Elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) de forma articulada, integrada e participativa, com a aplicação e adaptação – às realidades locais – das metodologias, processos e instrumentos pactuados no âmbito do PlanejaSUS;
- Participação na implementação da rede, no âmbito do planejamento, voltada para a articulação e integração das três esferas de gestão do SUS e para a divulgação de informações e experiências de interesse do PlanejaSUS, bem como à disseminação do conhecimento técnico-científico na área.

Para executar esse planejamento, os municípios assumiram o papel de protagonista da gestão do sistema de saúde em seu território e a responsabilidade pela Atenção Básica (AB). Nesse novo cenário, os gestores são induzidos à necessidade de mudança na forma de governar, assumindo um significado estratégico para a consolidação das políticas do SUS e para reorganização dos processos de trabalho dos profissionais da saúde (SULTI et al, 2015).

Os compromissos de um gestor municipal de saúde incluem: planejar, organizar, controlar, avaliar e executar as ações e serviços de saúde pública e privada; gerenciar a política de recursos humanos e de financiamento em âmbito local e regional; garantir o acesso aos usuários, a equidade e a integralidade das ações e serviços de saúde; garantir a participação popular com o controle social por meio do conselho municipal da saúde e conselhos gestores regionalizados (POLETTTO et al, 2016).

A gestão engloba os processos políticos necessários para decidir sobre os caminhos a serem tomados, assim como os processos de produção de ações de saúde. Merhy (2002, p. 157) diz que para governar em saúde, os gestores precisam de “tecnologias que permitam a sua ação nos terrenos da política, das práticas institucionais e dos processos de trabalho”. Assim, faz uso de tecnologias leve-duras, como as normatizações burocráticas e técnicas, e, também, de tecnologias leves, ou das relações, sendo fundamental para a orientação dos processos de trabalho (MERHY, 2002).

Rotineiramente, a atenção dos gestores municipais da saúde é monopolizada por situações emergenciais de âmbito técnico e político, bem como demandas de informação dos níveis estadual e federal, em detrimento de ações reflexivas de planejamento e avaliação. Muitas vezes, a carência na formação profissional, sobretudo em municípios de pequeno porte, está associada também à utilização restrita, por parte deles, das ferramentas de gestão (ALMEIDA; TANAKA, 2016).

Pimenta (2006) aponta que os gestores são peças fundamentais para construir modelos de gestão que sejam capazes de contribuir para a produção de saúde e para a construção de sujeitos que tenham seus projetos pessoais articulados com a responsabilização na construção de um modelo de atenção que cumpra os princípios do SUS, isso se confirma através das reformas na estrutura dos sistemas locais de saúde que não conseguiram alterar novas produções de saúde, pois apesar dos municípios investirem nas reformas, não mudou a forma como faz a gestão dos serviços.

Segundo Boniatti (2012), a consolidação do SUS está intimamente ligada ao perfil dos atores que assumem e conduzem as diversas instâncias do governo. Para o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), os gestores municipais de saúde assumiram o desafio de romper com a estrutura centralista de decisões impostas de cima para baixo, que desconsideravam as especificidades e as demandas de cada município brasileiro. Para isso, o conselho propôs uma fórmula de gestão democrática para a saúde, atribuindo aos municípios um papel que não fosse o de meros coadjuvantes, fazendo jus aos preceitos constitucionais de formulação do SUS. Além disso, também auxilia os municípios na formulação de estratégias voltadas ao aperfeiçoamento dos seus respectivos sistemas de saúde, prezando pelo intercâmbio de informações e pela cooperação técnica.

As Secretarias Municipais de Saúde tem como missão efetivar o SUS, com a garantia dos seus princípios e o compromisso com a defesa da vida. É o órgão gestor do SUS que tem como atribuições coordenar os serviços, ações e políticas de saúde nos municípios. Assim, os municípios tornaram-se os maiores empregadores de profissionais da saúde, bem como os principais prestadores de serviços (BONIATTI, 2012).

Nesse contexto, a demanda crescente da sociedade em relação a serviços de qualidade gerou a exigência de maior conhecimento e qualificação dos profissionais de saúde, principalmente de quem os lidera (DALAZEN; FILIPPIM, 2013).

Em 2003, Helman publica um livro chamado “Cultura, Saúde e Doença” que traz uma visão interessante sobre a organização do trabalho em saúde. O autor aponta que embora o trabalho em saúde seja dirigido pelos gestores, baseia-se em uma relação entre pessoas, ou

seja, o resultado está sempre sujeito aos propósitos do trabalhador que tem suas ideias, valores e concepções acerca da saúde, do trabalho em saúde e; de como ele deveria ser realizado fundamentado no que ele considera certo ou errado. Dessa forma, a qualidade dos serviços de saúde e o grau de satisfação dos usuários passam a figurar como resultado de diferentes fatores (COTTA et al, 2004).

Segundo a IX CNS, realizada em 1992, é indispensável para a implementação do SUS uma política nacional de recursos humanos efetiva, que incorpore ações como a qualificação permanente de seus trabalhadores, cuja evolução na carreira conte com o suporte de escolas de formação nas Secretarias de Saúde; ou mediante articulação com Secretarias de Educação, universidades e outras instituições públicas de ensino superior. Por esse motivo, foram criados os Polos de Educação Permanente, em sua grande parte, vinculados a centros universitários, articuladores de uma ou mais instituições de formação, capacitação e educação permanente de recursos humanos para a Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

É crescente o consenso entre os gestores e trabalhadores do SUS, em todas as esferas de governo, de que a formação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos afetam, profundamente, a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários (OPPAS, 2002; COTTA et al, 2004).

Os gestores possuem um papel fundamental no processo de capacitação, pois são responsáveis por conduzir e motivar os profissionais a realizarem as mudanças exigidas.

Segundo Souza (2002), para otimizar os resultados, a atuação técnica do gestor não pode ser dissociada da atuação política. Essas funções são definidas como um conjunto de saberes e práticas de gestão necessários para a implementação de políticas e medidas coerentes com os princípios do SUS e da gestão política.

Dessa forma, o gestor deve ter conhecimento sobre o processo regulatório da política de descentralização, expresso em normas operacionais que estabelecem critérios, definições de passos a serem percorridos e procedimentos técnicos, bem como, ter conhecimento técnico na área da saúde (CASTRO; CASTRO; VILLAR, 2005). Deve-se levar em consideração que essa é uma preocupação relevante, visto que na maioria das vezes os cargos de gestores são por indicações, chamados "cargos de confiança" e não por formação, técnica e experiência na área (ANDRÉ; CIAMPONE, 2007). Para Dalazen e Filippim (2013), uma das competências básicas para a gestão da saúde pública é a capacidade de interagir com a política.

As discussões em torno da capacitação desses profissionais têm avançado, mostrando quão importante é a construção de novos perfis dos profissionais e gestores para otimizar os resultados das ações em saúde. Ao assumir o cargo de gestor, este deve conhecer a realidade

da saúde, o perfil epidemiológico da população, a composição etária e os principais problemas de atenção. A partir disso, pode traçar um plano para atender as demandas da população. Além disso, quando o gestor assume a SMS é importante que saiba valorizar o conhecimento dos profissionais para ocorrer continuidade das ações e serviços (BONIATTI, 2012).

O estudo de Castro; Castro e Vilar, realizado em 2005, diz que o modelo de gestão pública com enfoque em diferentes formas de controle, como da qualidade, dos resultados e dos custos, vinculada à responsabilidade social e à democratização, requer uma formação e mudança do perfil do gestor público. Portanto, para satisfazer os usuários do sistema, os gestores de saúde devem desenvolver habilidade que permitam que seus serviços ocorram com eficácia, confiança, segurança, qualidade e comunicação, numa linguagem que venha ao encontro da compreensão do usuário (FONSECA, 2006).

Para Fernandes, Machado e Anschau (2009), essa reorientação gerencial pode ser vista como uma estratégia para consolidar os princípios do SUS e para transformar as práticas em saúde, mas requerem novas competências ao gestor público. Alguns estudos enfatizam a complexidade dessas competências (BERG, 2011; FERNANDO; MACHADO; ANSCHAU, 2009; SICOLI; NASCIMENTO, 2003).

Castro, Castro e Vilar (2005) ainda dizem que o gestor deve ter como características: iniciativa, responsabilidade, bom senso, capacidade de perseverança, conhecimento atualizado e visão de futuro. Destacam também, a cultura democrática, habilidade de negociar e a cultura solidária. Já Dalazen e Filippim (2013) realizaram um estudo com o objetivo de descrever e analisar as percepções dos gestores municipais de saúde, membros da CIR do Meio Oeste Catarinense, sobre as competências necessárias à função da gestão. Observou-se que as dimensões de competência: conhecimento, habilidades e atitudes são considerados importantes pelos entrevistados e devem ser desenvolvidas para aplicação mais sistêmica das estratégias de saúde.

André e Ciampone (2007) apoiando-se nesses argumentos, dizem que o gestor municipal de saúde deve ser capaz de liderar e agregar sua equipe de maneira eficaz e utilizar os recursos de qualquer espécie para otimizar o serviço no seu território de abrangência.

Liderança, por sua vez, é definida por Gramigna (2007, p. 34) como a “capacidade de reunir pessoas em torno de projetos, metas, objetivos e processos de trabalho, obtendo resultados significativos, motivação do grupo e clima de trabalho favorável”.

Muitos estudos sobre competências para liderança são feitos na área da Enfermagem e motivaram este trabalho. Destaca-se o estudo de reflexão sobre o Programa Liderança para Mudança, realizado por Canastra e Ferreira (2012). O objetivo desse programa foi preparar os

enfermeiros para a gestão e liderança durante a reforma no setor de saúde, e melhorar assim, sua contribuição para os serviços de saúde. As principais áreas abordadas foram: áreas de liderança, aptidão política, conscientização externa, influência e negociação, visão, criatividade e pensamento estratégico. Ao final desse programa espera-se que o líder desenvolva essas áreas, bem como ao longo da sua carreira profissional. Entretanto, o estudo concluiu que essas competências devem ser aplicadas em um novo modelo de liderança, onde o líder crie condições necessárias para lidar com as mudanças e ajude a equipe a compreender quais os melhores caminhos.

O estudo de caso realizado por Fernandes, Machado e Anschau (2009) teve o objetivo de conhecer o perfil e verificar as competências, atribuições e habilidades gerenciais, no nível de estrutura da AB e de identificar as dificuldades e facilidades em relação às suas atribuições e em relação à gestão de pessoas. Constatou-se que todos os gerentes possuem habilidades gerenciais que abrangem a comunicação, organização de tarefas, planejamento de ações e a negociação. No entanto, alguns apontaram não ter formação específica em gerenciamento como dificuldade. Além disso, 6,9% não sabiam responder quanto à competência de “tomada de decisão para solução de problemas”. A maioria dos gestores relatou desenvolver suas competências de liderança, frequentemente.

Oliveira, Sant'Anna e Vaz (2010) tinham o objetivo de identificar competências individuais associadas ao gestor e líder do setor público. Segundo os entrevistados, entre as competências requeridas aos gestores públicos, frente aos novos desafios de administração pública, destacam-se: conhecimento da máquina pública, conhecimento jurídico, capacidade de promover o envolvimento da sociedade, capacidade de lidar com o público, objetividade, orientação para resultados, perspectiva global, relacionamento interpessoal e visão sistêmica. Já para o “líder eficaz” as competências apontadas são: capacidade de comunicação, capacidade de lidar com os liderados, legitimidade, bom-senso, capacidade de agregação, disciplina, visão sistêmica e espírito de corpo.

No estado de Santa Catarina, também foi realizado uma pesquisa quali-quantitativa e exploratória descritiva, com os Secretários Municipais de Saúde (SeMS) da Associação Municipal da Região Carbonífera (AMREC). O principal objetivo foi conhecer as estratégias de gestão adotadas pelos SeMS, e mais especificamente, foi realizado um levantamento de perfil dos mesmos. Como resultado, encontraram-se gestores com titulação de graduação, em sua maioria com especialização. A maioria dos profissionais era da área da saúde, mas não era uma regra. No entanto, nenhum focou a gerencia como carreira. Ao falar



das competências necessárias, aproximadamente 67% dos entrevistados citaram a liderança (FRANCO, 2011).

No Estado de Tocantins também foi realizado um estudo que investigou o perfil dos gestores de saúde, identificando as principais atividades e desafios enfrentados por estes profissionais. Os resultados apontam que 67% dos gestores possuíam entre três e seis anos de experiência e 66% se dedicavam exclusivamente às atividades da SMS, sem outro vínculo empregatício. Dentre as atividades desempenhadas, destacaram-se: planejamento, monitoramento e avaliação das ações, elaboração de relatório e participação em reuniões. O autor aponta que a "não-participação do gestor em saúde no processo de planejamento estratégico e na tomada de decisão" chama atenção, por estarem entre as principais competências esperadas de um gestor (BARBOSA, 2016, p. 8).

Gilson e seus colaboradores (2014) realizaram um estudo como parte do projeto *District Innovation and Action Learning for Health Systems Development* que foi implementado em Cape Town, na África do Sul. Esse estudo procurou entender como os gestores de saúde local poderiam apoiar os profissionais da linha de frente da Atenção Primária em Saúde. O papel do gestor como líder mostrou-se essencial para mediar desafios, construir relacionamentos, otimizar as competências já existentes na equipe e principalmente, proporcionar entendimento sobre as políticas de saúde e inseri-las na rotina da equipe, que foi o maior desafio encontrado na prática da Atenção Primária em Saúde.

Uma revisão sistemática da literatura também fez um levantamento das competências do gestor em serviços de saúde. A principal competência inerente do gestor, encontrada na maioria dos estudos é a capacidade de diminuir os custos, sem diminuir a qualidade do serviço prestado. O estudo conclui que apesar da necessidade de conhecimentos técnicos e do prolongamento do serviço ao longo do tempo para avaliação das mudanças, os gestores muitas vezes são nomeados pelos interesses de cunho político, que somados ao grande número de funções desse profissional acabam diminuindo a eficiência na evolução do sistema (GABARDO et al, 2016).

Lameiras (2010) identificou em seu estudo que a influência do líder tem relação direta com o empenho e desempenho dos colaboradores no setor de saúde. Em uma análise dos perfis de liderança, o líder do tipo integrador foi o perfil que teve mais resultados positivos nas ações em equipes. Esse tipo de líder preocupa-se tanto com os resultados, quanto com seus colaboradores. Além disso, ele reconhece o valor de cada um dos elementos da equipe e prioriza o bom relacionamento entre eles.

Corroborando com os resultados do estudo de Franco (2016), esse estudo aponta predominância do sexo masculino entre os gestores. Quanto à formação, grande parte dos gestores municipais de saúde possuem nível superior incompleto e pouca experiência gerencial, apenas 47% tiveram qualquer experiência. Dentre as dificuldades citadas por eles, estavam: captação e fixação de profissionais com ensino superior; ausência de gerência; péssimo inter-relacionamento da equipe causando baixa produtividade e; inexistência de processos de educação permanente e de programa para qualificação dos gestores municipais de saúde (CASTRO; CASTRO; VILLAR, 2005).

Diante de todo esse cenário, deve-se investir na formação de líderes e na educação permanente nos serviços de saúde, visto que são as principais soluções apontadas para os desafios encontrados durante a municipalização da saúde.

### 3 MÉTODOS

#### 3.1 DESENHO DO ESTUDO

Esta pesquisa caracteriza-se como um estudo transversal (VIEIRA; HOSSNE, 2001).

#### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo será realizado na região da AMESC, da qual participam os municípios: Araranguá, Balneário Arroio do Silva, Balneário Gaivota, Ermo, Jacinto Machado, Maracajá, Meleiro, Morro Grande, Passo de Torres, Praia Grande, Santa Rosa do Sul, São João do Sul, Sombrio, Timbé do Sul e Turvo.

A região da AMESC está localizada entre o Oceano Atlântico e a Serra Geral, abrange uma área de 2.963,1 km<sup>2</sup>. Dos 15 municípios que compõe a região, 11 possuem densidade demográfica inferior a 70 habitantes/km<sup>2</sup> (ESTEVAM; SALVARO; JORGE, 2014). De acordo com o último levantamento do IBGE (2010), a região da AMESC possui uma população superior a 180 mil habitantes. Dos 15 municípios integrantes, 13 têm uma população inferior a 20 mil habitantes. O maior município da região é Araranguá, com mais de 61 mil habitantes, e o menor é Ermo, com pouco mais de 2 mil habitantes.

Em relação às características sociais, a média de idade da população da AMESC é maior que a estadual e a nacional. Dentre esses, Sombrio está abaixo da média nacional, enquanto Balneário Gaivota e Balneário Arroio do Silva destacam-se acima da média dos demais municípios da região. Outro fator social importante é a migração de jovens adultos da população rural para áreas urbanas. Acredita-se que os motivos que levam a essa migração, são essencialmente a baixa renda das atividades agropecuárias, estudar, matrimônio e a busca por melhores oportunidades de trabalho e melhor qualidade de vida (ESTEVAM; SALVARO; JORGE, 2014).

#### 3.3 PARTICIPANTES

##### 3.3.1 População em estudo

A população de estudo será composta pelos 15 (quinze) SeMS.

### **3.3.2 Critérios de inclusão e exclusão**

Serão incluídos no estudo os atuais Secretários Municipais de Saúde do Extremo Sul Catarinense independente de sexo e faixa etária.

### 3.4 VARIÁVEIS

No quadro abaixo encontram-se as variáveis de estudo.

**Quadro 1 – Variáveis de estudo**

<b>Variáveis</b>	<b>Dependente/ Independente</b>	<b>Natureza</b>	<b>Utilização</b>
Sexo	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Masculino e Feminino
Faixa Etária (anos completos)	Independente	Qualitativa nominal policotômica	Grupos Etários: 21 a 25, 26 a 30, 31 a 35, 36 a 40, 41 a 45, 46 a 50, 51 a 55, 56 a 60 ou acima de 60 anos de idade
Município de Nascimento	Independente	Qualitativa nominal policotômica	Município em que nasceu
Etnia	Independente	Qualitativa nominal policotômica	Branco, negro, amarelo, indígena ou outro
Estado Conjugal	Independente	Qualitativa nominal policotômica	Solteiro(a), casado(a)/união estável, divorciado/separado(a), viúvo(a)
Constelação familiar	Independente	Quantitativa discreta	Número de filhos
Renda Familiar	Independente	Quantitativa contínua	Valor em Reais (R\$) a ser convertido em salários mínimos
Condições de moradia	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Aluguel ou casa própria

Escolaridade	Independente	Qualitativa nominal policotômica	Anos de estudo: 0, 1 a 4, 5 a 8, 9 a 11, 12 ou mais
Tempo de Exercício Profissional	Independente	Quantitativa discreta	Em anos completos
Tempo de Exercício na função de SMS	Independente	Quantitativa discreta	Em anos completos
Preparo para liderança na graduação	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Vínculos Empregatícios	Independente	Qualitativa nominal policotômica	CLT, estatutário ou outro
Numero de Empregos	Independente	Quantitativa discreta	1 emprego, 2 empregos, 3 empregos, 4 empregos, 5 empregos ou mais
Realização de pós-graduação	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Nível de pós-graduação	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Latu sensu ou strictu sensu
Perfil de Liderança	Independente	Qualitativa nominal	

Fonte: Elaboração do autor, 2017.

### 3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Após aprovação do Comitê de Ética, os pesquisadores entrarão em contato com a Comissão Intergestora Regional (CIR) para marcar o dia da coleta de dados que acontecerá durante reunião na sede do Consórcio Intermunicipal de Saúde da AMESC (CIS AMESC).

Serão explicados aos participantes o objetivo do estudo e os procedimentos da coleta de dados que ocorrerá por meio de entrevista presencial.

Os Secretários Municipais de Saúde que concordarem em participar do estudo irão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados será realizada através de um questionário (Apêndice A) respondido pelos participantes.

Para construção do questionário, utilizou-se como base, estudos sobre liderança na enfermagem (CASTRO, 2007; CARDOSO; RAMOS; D'INNOCENZO, 2014). Ambos fizeram levantamentos sobre dados sociodemográficos e de liderança. O questionário que será utilizado nesse estudo teve as questões adaptadas para os Secretários Municipais de Saúde e foi estruturado em forma de autorrelato, dividido em três partes: caracterização sociodemográfica, experiências técnicas e profissionais e liderança.

### 3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados dos instrumentos de coleta de dados serão digitados em programa Excel para posterior análise. Os resultados serão expressos em medidas de tendência central e dispersão, como média, mediana, desvio padrão (DP), para as variáveis quantitativas, e frequência absoluta e relativa, para as variáveis qualitativas.

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa está fundamentada nos princípios éticos, com base na Resolução n° 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, o qual incorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Serão solicitados os termos de consentimento livre e esclarecidos (TCLE) (APÊNDICE B). Os procedimentos utilizados neste estudo apresentam possibilidade de riscos mínimo. Os questionários serão respondidos pelo próprio participante que preencherão somente algumas informações referentes ao objetivo do estudo. Não será realizada nenhuma intervenção ou modificação intencional no participante, que acarrete danos psicológicos e sociais. Pesquisadores e instituições envolvidas nesta pesquisa fornecerão indenização e ressarcimento aos participantes, caso tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa, além de reconsideração e desculpas. O participante não terá nenhuma despesa advinda da sua participação na pesquisa, entretanto, caso tenha alguma despesa, essa será ressarcida. Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, será ressarcido nos termos da lei. Por fim, os pesquisadores salientam que os procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade e a proteção da imagem dos participantes serão realizados em

sua totalidade. Asseguramos que os dados obtidos com essa pesquisa não serão usados para outros fins além dos previstos no protocolo e/ou no consentimento livre e esclarecido desse estudo.

Entre os benefícios, as informações da pesquisa auxiliarão a compreender melhor as ações dos secretários municipais de saúde, bem como, seu perfil técnico, profissional e de liderança levando a melhores resultados das ações da equipe de saúde. Com isso será possível identificar a possibilidade de capacitações.

O presente estudo não apresenta qualquer conflito de interesse e não possui qualquer cláusula restritiva quanto à divulgação dos resultados. Uma vez finalizado o projeto, os resultados serão enviados para apresentação em eventos científicos e publicação em revistas científicas, porém a segurança dos dados será devidamente obedecida, uma vez que os mesmos serão mencionados apenas por números em qualquer publicação ou material resultante desta pesquisa.

O projeto foi submetido e aprovado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (CAAE 71027417.7.0000.0121) (ANEXO A).



#### 4 CRONOGRAMA

**Quadro 2 – Cronograma do projeto**

Atividade	Mai e Jun/17	Jul e Ago/17	Set e Out/17	Nov e Dez/17	Jan e Fev/18	Mar e Abr/18	Mai e Jun/18	Jul/18
Revisão bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	
Elaboração do projeto	X							
Submissão CEP		X	X					
Coleta de dados				X				
Entrega do TCC I				X				
Análise dos resultados e					X			
Discussão dos dados					X	X		
Apresentação do TCC II							X	
Divulgação dos resultados								X

Fonte: Elaboração do autor, 2017.

## 5 ORÇAMENTO

Os gastos referentes ao estudo serão de responsabilidade do pesquisador.

**Quadro 3 – Orçamento do estudo**

Material	Quantidade	Valor unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
Folhas A4	2 resmas	15,00	30,00
Fotocópias	300	0,12	36,00
Aquisição de artigos	5	70,00	350,00
Encadernação projeto	2	2,00	4,00
Encadernação TCC	4	2,00	8,00
Encadernação TCC final	1	25,00	25,00
CD	2	1,00	2,00
Total			455,00

Fonte: Elaboração do autor, 2017.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Cristiane Andrea Locatelli de; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Evaluation in health: participatory methodology and involvement of municipal managers. **Rev. Saúde Pública**, [s.l.], v. 50, p.1-10, 2016.

ANDRÉ, Adriana Maria; CIAMPONE, Maria Helena Trench. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. **Rev. Esc. Enferm. USP**, [s.l.], 41 (esp), 2007.

BARATA, Luiz Roberto Barradas; TANAKA, Oswaldo Yoshimi; MENDES, José Dínio Vaz. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 13, n. 1, p. 15-24, mar. 2004.

BARBOSA, César Martins. **Perfil do gestor em saúde no estado do tocantins: formação, conhecimentos e desafios**. 2016. 75 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

BERG, Ernesto Arthur. **Administração de Conflitos: abordagens práticas para o dia a dia**. Curitiba: Juruá, 2011.

BONIATTI, Josiane. **Análise do perfil sócio profissional dos gestores do SUS da região do Alto Uruguai**. 2012. 45 f. TCC (Graduação) - Curso de Gestão em Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Novo Hamburgo, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. **Portaria GM/MS n.399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 — Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Brasília, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA-EXECUTIVA. SUBSECRETARIA DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO. **Organização e funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 52 p.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Para entender a gestão do SUS**. / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASEMS, 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 318 p.

CANASTRA, Maria Albertina de Almeida Pereira; FERREIRA, Maria Amélia Dias. Liderar com competência... ou (treinar) competências de liderança. **Rev. enferm. UFPI**, v.1, n. 1, p.77-81, abr 2012.

CARDOSO, Maria Lúcia Alves Pereira; RAMOS, Laís Helena; D'INNOCENZO, Maria. Liderança coaching: questionários de avaliação de percepções de líderes e liderados na enfermagem. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 12, n. 1, p.66-74, jan. 2014.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estud. av.**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013 .

CASTRO, Janete Lima, CASTRO, Jorge Luís, VILAR, Rosana Lúcia Alves. **Quem são os Gestores Municipais de Saúde no Rio Grande do Norte? Um estudo sobre o perfil**. 2005. Disponível em: <<https://goo.gl/38JC3F>>. Acessado em: 17 abr. 2017.

CASTRO, Carolina Bittencourt. **Dimensões da liderança: um estudo de características individuais e profissionais do enfermeiro na instituição hospitalar**. 2007. 83 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Centro Biomédico, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

CORIOLOANO, Maria Wanderleya de Lavor et al. Vivenciando o processo de municipalização do SUS no município de Juazeiro do Norte (CE). **Ciênc. saúde coletiva**, [s.l.], v. 15, n. 5, p.2447-2454, ago. 2010.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, [s.l.], v. 15, n. 3, p.7-18, set. 2004.

DALAZEN, Taíse; FILIPPIM, Eliane Salete. Gestão da saúde pública: os desafios dos gestores municipais de saúde do Meio Oeste de Santa Catarina. **Revista dos Mestrados Profissionais**, Santa Catarina, v. 2, n. 2, p.37-63, dez. 2013.

ESTEVAM, Dimas de Oliveira; JORGE, Tiago Pereira; SALVARO, Giovana Ilka Jacinto. Características socioeconômicas da região do Extremo Sul Catarinense: uma análise entre o rural e o urbano. **Revista Necat**, Florianópolis, v. 3, n. 6, p.31-56, dez. 2014.

FERNANDES, Léia Cristiane Löeblein; MACHADO, Rebel Zambrano; Anschau, Geovana Oliveira. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 1, n. 1, p. 1541-1552, out. 2009.

FEUERWERKER, Laura. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, [s.l.], v. 9, n. 18, p.489-506, dez. 2005.

FONSECA, Maria Bernardete Santos. **Os servidores na prestação de serviços oferecidos pela 2ª CRS aos gestores municipais de saúde.** 2006. 35 f. Monografia (Especialização) - Curso de Políticas Públicas e Gestão Estratégica em Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

FRANCO, Adriana Maria. **Gestão municipal de saúde: limites e possibilidades de gestão na percepção dos secretários de saúde da AMREC.** 2011. 57 f. Monografia (Especialização) - Curso de Gestão Empresarial, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2011.

GABARDO, Jhony Marcelo Bogado. **Competências do gestor em serviços de saúde: uma revisão sistemática de literatura.** 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/7DVAD9>>. Acesso em: 02 out. 2017.

GILSON, Lucy et al. Advancing the application of systems thinking in health: South African examples of a leadership of sensemaking for primary health care. **Health research policy and systems**, [s.l.], v. 12, n. 1, p.1-13, 16 jun. 2014.

GRAMIGNA, Maria Rita. **Modelo de competências e gestão dos talentos.** 2. ed.: São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

HELMAN, Cecil. **Cultura, saúde e doença.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

IBGE. IBGE cidades, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat> > Acesso em: 04 jul. 2017.

KEINERT, Tania Margarete Mezzomo; ROSA, Tereza Etsuko da Costa; MENEGUZZO, Marco. **Inovação e Cooperação Intergovernamental: Microrregionalização, Consórcios, Parcerias e Terceirização no Setor Saúde.** São Paulo: Annablume, 2006.

KLEBA, Maria Elisabeth; ZAMPIROM, Keila; COMERLATTO, Dunia. Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um Conselho Municipal de Saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 556-567, June 2015.

LAMEIRAS, Emanuel Onofre Serra. **Liderança e Motivação dos Colaboradores: Um ensaio no Sector da Saúde.** 2010. 244 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Gestão dos Serviços de Saúde, Universidade de Trás-os-montes e Alto Douro, Vila Real, 2010.

LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo. et al. Planejamento em enfermagem e saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 17, p.430-435, set. 2009.

LINARD, Andrea Gomes et al. Princípios do sistema único de saúde: compreensão dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Gaúcha de Enferm.**, [s.l.], v. 32, n. 1, p.114-120, mar. 2011.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**, [s.l.], v. 12, n. 2, p.335-342, abr. 2007

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Qualificação de gestores do SUS. In: OIIVEIRA, Victor Grabois Gondim de; MENDES JÚNIOR, Walter Vieira. **Qualificação de gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ead/ Ensp, 2011. p. 47-72.

MENDES, Eugênio Vilaça. (org). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998, p.17-56.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINARDI, Sandra Mitre et al. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Saúde da Família**. Brasília: MS; 2001.

O CONASEMS. Disponível em: < <https://goo.gl/oryq1w>>. Acesso em: 02 out. 2017

OLIVEIRA, Fátima Bayma; SANT'ANNA, Anderson de Souza; VAZ, Samir Lofti. Liderança no contexto da nova administração pública: uma análise sob a perspectiva de gestores públicos de Minas Gerais e Rio de Janeiro. **Rev. Adm. Publica**, v. 44, n. 6, p. 1453-1475, out. 2010.

Organização Pan-Americana da Saúde. **Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos de saúde**. Brasília: Opas; 2002.

PenseSUS. Descentralização. Disponível em: <<https://goo.gl/6UVWU2>>. Acesso em: 02 out. 2017.

PIMENTA, Aparecida Linhares. **Saúde de amparo: a construção de espaços coletivos de gestão**. 2006. 284 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

POLETTO, Nelo Augusto et al. Síndrome de Burnout em gestores municipais da saúde. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 209-215, jun. 2016 .

ROCHA, Claudine Rodembusch. O estudo do princípio da subsidiariedade e a importância do poder local para o desenvolvimento do sistema único de saúde – SUS. **XII Seminário**

**Nacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea**, Rio Grande do Sul, p.1-19, maio 2016.

SICOLI, Juliana Lordello; NASCIMENTO, Paulo Roberto do. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 101-122, fev. 2003.

SOUZA, Eva Castruo Lucas. A capacitação administrativa e a formação de gestores governamentais. **Rev. Adm. Publica**, Rio de Janeiro, v. 36, n.1, p. 73-88, jan. 2002.

SOUZA, Marina Celly Martins Ribeiro. Municipalização em saúde: avanços, desafios e atuação do enfermeiro. **Rev. enferm. Cent.- Oeste Min.**, v. 1, n. 1, p.112-120, mar. 2011.

SULTI, Amanda Del Caro et al. O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 172-182, Mar. 2015 .

OUVERNEY, Assis Mafort; NORONHA, José Carvalho. **Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 143-182.

TEIXEIRA, Carmen. **Os princípios do sistema único de saúde**: Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, 2011.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [s.l.], v. 14, n. 1, p.1565-1577, out. 2009.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; MOLESINI, Joana Angélica. Gestão municipal do SUS: atribuições e responsabilidades do gestor do sistema e dos gerentes de unidades de saúde. **Rev. Baiana Saúde Pública**, [s.l.], v. 2, n. 26, p.29-40, dez. 2002.

VIEIRA, Sonia; HOSSNE, William Saad. **Metodologia Científica para a área da saúde**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2001. 192 p.

## APÊNDICE A – Instrumento de pesquisa

### QUESTIONÁRIO

#### 1. Caracterização sociodemográfica

**Sexo:** ( ) feminino ( ) masculino

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Município de nascimento:** \_\_\_\_\_

**Etnia:** ( ) branco ( ) negro ( ) amarelo ( ) indígena ( ) outro

#### **Estado Conjugal**

( ) solteiro(a) ( ) casado(a)/união estável ( ) separado/divorciado(a) ( ) viúvo(a)

**Constelação familiar:** Número de filhos: \_\_\_\_\_

**Renda familiar:** Valor do salário (R\$): \_\_\_\_\_

#### **Condições de moradia**

( ) aluguel ( ) casa própria

#### 2. Caracterização profissional

#### **Escolaridade**

( ) 0 ( ) 1 a 4 anos ( ) 5 a 8 anos ( ) 9 a 12 anos ( ) 13 anos ou mais

**Graduação:** \_\_\_\_\_

**Instituição Formadora:** \_\_\_\_\_

**Tempo de exercício profissional:** \_\_\_\_\_

**Tempo de exercício na função de Secretário Municipal de Saúde:** \_\_\_\_\_

**Houve preparo para o exercício da liderança durante a graduação?**

( ) não ( ) sim: ( ) teórico ( ) prático

#### **Vínculos Empregatícios**

( ) CLT ( ) estatutário ( ) outro

**Número de empregos:** \_\_\_\_\_

#### **Realização de pós-graduação**

( ) sim ( ) não

#### **Nível de pós-graduação**

( ) lato sensu (especialização) ( ) stricto sensu (mestrado e doutorado)

**Área de pós-graduação:** \_\_\_\_\_



### 3. Liderança

Marque com um X na opção que considerar mais adequada, sobre a prática da liderança exercida por você no dia a dia, considerando o escore de 5 a 1, sendo:

1. “nunca” – não percebo a afirmação
2. “raramente” – eventualmente percebo a afirmação
3. “nem sempre” – percebo algumas vezes a afirmação
4. “quase sempre” – percebo muitas vezes a afirmação
5. “sempre” – percebo todas as vezes a afirmação
6. NA “não se aplica” – caso você não tenha como avaliar a questão citada

<b>Proposição</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>NA</b>
As decisões para desenvolvimento do trabalho podem ser tomadas em conjunto com a equipe de trabalho.						
As iniciativas para resolução dos problemas podem partir do mim ou dos liderados.						
Levantamento de necessidades, ideias e solução podem surgir de mim ou dos liderados.						
Na defesa dos interesses do trabalho de gestão, as minhas opiniões, atitudes e ideias são mais prevalentes do que as do liderados						
Os conflitos dentro do grupo podem ser resolvidos prioritariamente por mim ou com a participação dos liderados.						
O acompanhamento e crítica, quanto ao desempenho operacional dos membros da equipe, podem ser de minha responsabilidade ou dos liderados.						
Sei ouvir os liderados.						
Consigo manter o interesse dos liderados na manutenção e continuidade do diálogo.						
Transmito orientação e aconselhamento dos liderados atendendo a suas necessidades profissionais.						
Utilizo a comunicação verbal e mantenho atenção à comunicação não verbal no diálogo com os liderados.						
Contribuo para a comunicação eficaz nas relações de trabalho com os liderados.						

Dou orientações aos liderados e demonstrações de como as tarefas devem ser realizadas, conforme suas necessidades.						
Esclareço dúvidas dos liderados referentes às suas tarefas.						
Reconheço e valorizo os liderados mostrando um novo caminho a seguir quando não correspondem ao desempenho esperado.						
Acompanho periodicamente o desempenho dos liderados.						
Estimulo a prática do <i>feedback</i> com os liderados.						
Exerço influência nos liderados ampliando suas competências a favor de resultados eficazes.						
Compartilho as decisões com os liderados.						
Delego atividades aos liderados compartilhando responsabilidades.						
Assumo a responsabilidade pelo desenvolvimento dos liderados.						
Fico à disposição dos liderados para alterar um procedimento ou propor alguma mudança operacional.						
Peço opinião aos liderados para alterar um procedimento ou propor alguma mudança operacional.						
Auxilio na definição das metas para cada liderado de minha equipe.						
Acompanho periodicamente os resultados apresentados por cada liderado.						
Acordo o prazo necessário para liderado, para que as metas sejam alcançadas.						

Assinale a alternativa que você considerar mais adequada.

1. Você conceitua liderança como:

- O processo de exercer influência sobre o comportamento das pessoas para alcançar objetivos em determinadas situações.
- O processo de se transformar o comportamento de um indivíduo ou de uma organização.
- O direito legítimo de exercer poder dentro da organização para obter a obediência dos trabalhadores.

( ) Outro conceito – especifique: \_\_\_\_\_

---

---

---

2. Você se considera um (a) líder?

( ) Não. ( ) Sim.

Por quê?

---

---

---

2.1 Se sim, assinale o estilo de liderança exercida por você.

- ( ) Liderança orientada para as pessoas.
- ( ) Liderança orientada para tarefas.
- ( ) Ambas os estilos, dependem da situação.

3. Assinale as habilidades interpessoais que você considera necessárias a um líder?

- ( ) Habilidade de comunicação.
- ( ) Habilidade de dar e receber *feedback*.
- ( ) Habilidade de ganhar poder e exercer influência.
- ( ) Todas as habilidades acima citadas.

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### **Prezado(a),**

Este termo tem o objetivo de convidá-lo a participar de uma pesquisa intitulada **Perfil de liderança dos gestores municipais de saúde participantes da Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense**. Esta pesquisa é desenvolvida pela professora Dr<sup>a</sup> Ione Jayce Ceola Schneider, professora da Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Araranguá e pela acadêmica Vanessa Pereira Corrêa, do curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Catarina que utilizará os resultados desse estudo como Trabalho de Conclusão de Curso.

A participação na pesquisa é voluntária e antes de assinar este termo, é importante que você leia as informações contidas neste documento, que informa a proposta e os procedimentos que serão utilizados para a realização da pesquisa.

**Objetivo do estudo:** Identificar o perfil de liderança dos gestores municipais de saúde participantes da Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense – AMESC.

**Medidas e avaliações:** A coleta das informações será realizada através de um questionário respondido por você.

**Procedimentos do estudo:** A aplicação do questionário será mediante convite, que poderão responder o questionário e posteriormente devolver a pesquisadora.

**Riscos e Desconfortos:** Os procedimentos utilizados neste estudo apresentam possibilidade de riscos mínimo. Os questionários serão respondidos pelo próprio participante preencherão somente algumas informações referentes ao objetivo do estudo. Não será realizada nenhuma intervenção ou modificação intencional no seu corpo, que acarrete danos psicológicos e sociais. Os participantes podem apresentar cansaço ou desconforto devido a aplicação do questionário, mas destacamos que você não é obrigado a responder nenhuma pergunta que cause desconforto, e caso relate cansaço, a coleta será interrompida e retomada quando você se sentir confortável. Pesquisadores e instituições envolvidas nesta pesquisa fornecerão indenização e ressarcimento aos participantes, caso tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa. Você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação na pesquisa, entretanto, caso tenha alguma despesa, essa será ressarcida. Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido nos termos da lei. Por fim, salientamos que os procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade e a proteção da imagem dos participantes serão realizados em sua totalidade. Asseguramos que os dados obtidos com essa pesquisa não serão usados para outros fins além dos previstos no protocolo e/ou no consentimento livre e esclarecido desse estudo.

**Benefícios:** Entre os benefícios, as informações da pesquisa auxiliarão a compreender melhor as ações dos secretários municipais de saúde, bem como, seu perfil técnico, profissional e de liderança levando a melhores resultados das ações da equipe de saúde. Com isso será possível identificar a possibilidade de capacitações.

### **Asseguramos antecipadamente que:**

- a) Você somente participará da pesquisa com a sua autorização, por meio da entrega desse termo de consentimento livre e esclarecido devidamente assinado;
- b) Não haverá nenhum custo aos participantes do estudo;
- c) Será garantido aos participantes a privacidade à sua identidade e o sigilo de suas informações;
- d) Você terá liberdade para recusar-se a participar da pesquisa e, após aceitar, também poderá desistir da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalidade ou prejuízo para si;
- e) Se houver algum dano eventual decorrente da pesquisa, garantimos que o(a) Sr(a) será indenizado;
- f) Não haverá nenhum custo aos participantes do estudo, entretanto, se o(a) Sr(a) tiver algum custo com a participação na pesquisa, como despesas do Sr(a) e seus acompanhantes, quando necessário, como transporte e alimentação, esse será ressarcido pelos pesquisadores.

Caso você tenha dúvidas ou perguntas a respeito do estudo, você poderá contatar a pesquisadora pelo telefone (48) 99972-3512 ou pelo e-mail: ione.schneider@ufsc.br.

Eu, \_\_\_\_\_, li e entendi todas as informações contidas nesse termo de consentimento e, assino abaixo, confirmando através deste documento meu consentimento para participação no presente estudo.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_.

### CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO:

“Declaro que, em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, concordei em participar, na qualidade de participante do projeto de pesquisa intitulado “Perfil de liderança dos gestores municipais de saúde participantes da Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense”, assim como autorizo o acesso aos meus dados previamente coletados, após estar devidamente informado sobre os objetivos, as finalidades do estudo e os termos de minha participação. Assino o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, que serão assinadas também pelo pesquisador responsável pelo projeto, e que uma cópia se destina a mim (participante) e a outra ao pesquisador”. “As informações fornecidas aos pesquisadores serão utilizadas na exata medida dos objetivos e finalidades do projeto de pesquisa, sendo que minha identificação será mantida em sigilo e sobre a responsabilidade dos proponentes do projeto”. “Não receberei nenhuma remuneração e não terei qualquer ônus financeiro (despesas) em função do meu consentimento espontâneo em participar do presente projeto de pesquisa. Independentemente deste consentimento, fica assegurado meu direito a retirar-me da pesquisa em qualquer momento e por qualquer motivo, sendo que para isso comunicarei minha decisão a um dos proponentes do projeto acima citados”.

Araranguá (SC), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

**Declaração do pesquisador:** Declaro, para fins da realização da pesquisa, que cumprirei todas as exigências acima, na qual obtive de forma apropriada e voluntária, o consentimento livre e esclarecido do declarante.

**Pesquisador responsável: Prof<sup>a</sup>. Ione Jayce Ceola Schneider** – (48) 99972-3512 – ione.schneider@ufsc.br

Rodovia Governador Jorge Lacerda, nº 3201 - Km 35,4 - Bairro: Jardim das Avenidas

Cep: 88906-072 – Araranguá - SC

Assinatura: \_\_\_\_\_

### Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC. CEP 88.040-400 Telefone: (48) 3721-6094 - E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Agradecemos a colaboração!

**ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Perfil de liderança dos gestores municipais de saúde participantes da Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense

**Pesquisador:** IONE JAYCE CEOLA SCHNEIDER

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 71027417.7.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.308.461

**Apresentação do Projeto:**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação, coordenado pela Dr<sup>a</sup> Ione Jayce Ceola Schneider, professora da Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Araranguá. O objetivo da pesquisa será identificar o perfil de liderança dos gestores municipais de saúde participantes da Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense – AMESC. A população de estudo será composta pelos 15 (quinze) Secretários Municipais da região da AMESC. Para o recrutamento dos participantes, os pesquisadores entrarão em contato com a Comissão Intergestora Regional (CIR) para marcar o dia da coleta de dados que acontecerá durante reunião na sede do Consórcio Intermunicipal de Saúde da AMESC (CIS AMESC). Os

Secretários Municipais de Saúde que concordarem em participar do estudo irão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados será realizada através de um questionário (Apêndice A) respondido pelos participantes. O questionário que será utilizado nesse estudo teve as questões adaptadas para os Secretários Municipais de Saúde e foi estruturado em forma de autorrelato, dividido em três partes: caracterização sociodemográfica, experiências técnicas e profissionais e liderança. Espera-se, através desse estudo, compreender melhor as ações dos secretários municipais de saúde, bem como, seu perfil técnico, profissional e de liderança levando a melhores resultados das ações da

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400

**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS

**Telefone:** (48)3721-6094

**E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 2.308.461

equipe de saúde. O estudo também visa auxiliar em melhorias nas aplicações de política públicas de saúde através dos dados obtidos.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Identificar o perfil de liderança dos gestores municipais de saúde participantes da Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense – AMESC.

Objetivo Secundário:

- Descrever características sociodemográficas dos gestores municipais de saúde da AMESC;
- Investigar as características de liderança dos gestores municipais de saúde da AMESC;
- Descrever características profissionais dos gestores municipais de saúde da AMESC.
- Analisar as estratégias desenvolvidas pelos gestores municipais de saúde da AMESC para estimular a equipe de saúde;
- Apresentar as atividades realizadas pelos gestores municipais de saúde da AMESC;
- Apontar aspectos relevantes para qualificações e capacitações dos gestores municipais de saúde da AMESC.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

As adequações nas especificações dos riscos foram adequadamente realizadas.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Conforme Parecer Consubstanciado n. 2.229.070.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentou todos os Termos. As adequações no TCLE foram realizadas.

**Recomendações:**

Sem recomendações adicionais.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Considerando que as solicitações quanto às especificações de riscos e benefícios da pesquisa foram atendidas, o projeto está aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

<b>Endereço:</b> Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401
<b>Bairro:</b> Trindade <b>CEP:</b> 88.040-400
<b>UF:</b> SC <b>Município:</b> FLORIANOPOLIS
<b>Telefone:</b> (48)3721-6094 <b>E-mail:</b> cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.308.461

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_929848.pdf	21/08/2017 16:05:20		Aceito
Outros	resposta_a_pendencias.docx	21/08/2017 16:04:57	Vanessa Pereira Corrêa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.docx	21/08/2017 16:04:01	Vanessa Pereira Corrêa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_completo.docx	10/07/2017 12:32:16	IONE JAYCE CEOLA SCHNEIDER	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	10/07/2017 12:27:04	IONE JAYCE CEOLA SCHNEIDER	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_da_instituicao.pdf	07/07/2017 20:28:06	Vanessa Pereira Corrêa	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANOPOLIS, 02 de Outubro de 2017

---

**Assinado por:**  
**Ylmar Correa Neto**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br