

ALCINÉA MARINHO CORREA

**O PAPEL DO ENFERMEIRO GESTOR NA
UNIDADE DE PSIQUIATRIA DA FPEHCGV-
FUNDAÇÃO PÚBLICA ESTADUAL HOSPITAL DE
CLÍNICAS GASPAR VIANNA BELÉM/PA**

Orientadora: Prof^a. Doutora Felipa Cristina Henriques Rodrigues Lopes dos Reis

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Ciências Económicas e das Organizações**

**Lisboa
2015**

ALCINÉA MARINHO CORREA

**O PAPEL DO ENFERMEIRO GESTOR NA
UNIDADE DE PSIQUIATRIA DA FPEHCGV-
FUNDAÇÃO PÚBLICA ESTADUAL HOSPITAL DE
CLÍNICAS GASPAR VIANNA BELÉM/PA**

Dissertação defendida em provas públicas na
Universidade Lusófona de Humanidades e
Tecnologias, perante o júri, nomeado pelo
Despacho de Nomeação nº 316/2015, de 31 de
agosto de 2015, com a seguinte composição:

Presidente:

Prof. Doutor António Augusto Teixeira
da Costa

Arguente:

Prof. Doutor Mário Fernando Carrilho
Negas

Orientadora:

Prof.^a Doutora Felipa Cristina Lopes
dos Reis

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Ciências Económicas e das Organizações

Lisboa

2015

Epígrafe

"Pertencemos a uma comunidade única chamada espécie humana, cujo futuro é indivisível. Em todos os estágios da vida, ecologia, economia, saúde, esta comunidade de destino é uma realidade. Devemos traduzi-la agora em uma realidade cultural, assumi-la deliberadamente no que eu chamaria, uma política da vida."

François Mitterrande (1916-1996)

(Político Francês)

ALCINÉA MARINHO CORREA

O PAPEL DO ENFERMEIRO GESTOR NA UNIDADE DE PSIQUIATRIA DA FPEHCGV-FUNDAÇÃO
PÚBLICA ESTADUAL HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA EM BELÉM/PA

Dedicatória

Para minha mãe Maria Marinho Correa (*in memorian*).

Para meu pai José Bernardo Correa (*in memorian*).

Agradecimentos

Este espaço é pequeno para declarar toda minha gratidão a Deus, pela força que me sustentou na árdua construção deste trabalho.

Muito obrigada aos meus pais, Maria Marinho Correa e José Bernado Correa (*In memoriam*) a quem devo, além da vida, a preocupação com meu crescimento intelectual e profissional, a luz do saber,

Ao meu esposo Antônio Lisboa que ‘suportou’ comigo as dificuldades, não raras, encontradas nessa trajetória.

Ao meu orientador, Profº Doutor Ricardo Figueiredo Pinto que acompanhou incansavelmente toda elaboração e construção deste trabalho.

E as minhas irmãs Ana, Alciris e Vanessa, que fizeram por mim, coisas que levarei tempo para conseguir retribuir.

A minha “amiga” Rousely Costa, que, com carinho e dedicação, muito me ajudou na elaboração deste.

Aos servidores, especialmente os enfermeiros da Unidade de Psiquiatria/FPEHCGV-Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, pelo companheirismo diário de nossas atividades profissionais.

E aos meus amigos, que embora poucos, mas com os quais, sei que posso contar, especialmente àqueles que disponibilizaram os materiais necessários pertinentes a este trabalho.

RESUMO

A dissertação apresentada cujo objetivo geral é analisar o papel do enfermeiro como Gestor na Unidade de Psiquiatria da Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna – **FPEHCGV**, e **objetivos específicos** traçar o perfil desse profissional que atua na Unidade de Psiquiatria da referida Fundação; verificar o nível da participação dos enfermeiros gestores no processo de gerenciamento e organização de suas atividades; identificar se as atividades de gestão do enfermeiro contribuem e/ou interferem no desenvolvimento das atividades de assistência dos enfermeiros naquela unidade. A pesquisa de campo do tipo exploratória foi embasada no enfoque qualitativo e analítico descritivo, cuja coleta de dados foi feita por meio de um questionário com perguntas fechadas e abertas previamente estruturadas, tendo como sujeito do estudo 15 enfermeiros/gestores do referido hospital, dos 15 questionários foram respondidos 13 que corresponde a 87% dos questionários distribuídos. Com base nos objetivos propostos, o principal questionamento levantado nesta dissertação foi: as atividades de Gestão contribuem ou interferem nos procedimentos assistenciais dos enfermeiros na Unidade de Psiquiatria da **FPEHCGV**?. E fez-se também, uma breve análise dos dados levantados na pesquisa de campo. Nesta perspectiva, a referida pesquisa revelou que cerca de 60% dos enfermeiros/respondentes relataram que as atividades de gestão, na Unidade de Psiquiatria da Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna – **FPEHCGV** não interferem e/ou não comprometem as atividades de Assistência desses profissionais na referida unidade. No entanto, quando perguntados se o modelo de gestão adotado na unidade contribui eficazmente para o desenvolvimento das atividades de Assistência dos Enfermeiros na mesma, a maioria dos respondentes relatou que não. Assim, concluiu-se que do ponto de vista profissional as atividades de gestão associados às atividades assistenciais do enfermeiro naquela unidade são considerados entraves burocráticos diretamente relacionadas as condições operacionais de trabalho e não necessariamente ao atual modelo de Gestão Estratégica e operacional adotado pela Instituição *lócus* da pesquisa.

Palavras-chaves: políticas públicas; gestão pública; saúde pública; enfermeiro; e Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna.

ABSTRACT

The dissertation presented whose general objective is to analyze the role of the nurse as manager in the Psychiatry Unit of the State Public Foundation Hospital de Clínicas Gaspar Vianna - FPEHCGV, and specific objectives define the profile of a trader engaged in the Foundation's Psychiatric Unit; check the level of participation of nurse managers in the management process and organization of its activities; identify whether the nursing management activities contribute and / or interfere with the development of assistance activities of nurses on that unit. The exploratory field research was based on qualitative and descriptive analytical approach, which data collection was done through a questionnaire with closed and open questions previously structured, with the subject of the study 15 nurses / managers of that hospital, 15 questionnaires were 13 representing 87% of the distributed questionnaires. Based on the proposed objectives, the main question raised in this thesis was: the management activities contribute to or interfere with the care procedures of nurses in the Psychiatric Unit of FPEHCGV ?. And then there was also a brief analysis of the data collected in the field research. In this perspective, the report reveals that about 60% of nurses / respondents reported that management activities, the Unit of Psychiatry, State Public Foundation Hospital de Clinicas Gaspar Vianna - FPEHCGV not interfere and / or do not compromise the assistance activities of these professionals to said unit. However, when asked if the management model adopted in the unit effectively contributes to the development of the Nurses Assistance activities in it, the majority of respondents reported not. Thus, it was concluded that from a professional point of view the management activities associated with the welfare activities of the nurse in that unit are considered directly related bureaucratic obstacles operational conditions of work and not necessarily to the current model of strategic management and operational adopted by the institution locus of research.

Keywords: public policy; public administration; public health; nurse; State and Public Foundation Hospital de Clinicas Gaspar Vianna

ABREVIATURAS E SIGLAS

CEDE – Código de Ética Deontológico dos Enfermeiros

CAPS – Centro de Apoio Psicossocial

CAPSad - Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSi - Centro de Apoio Psicossocial Infantil

CF – Constituição Federal

CIB – Comissão Inter gestora Bipartite

CIT - Comissão Inter gestora Tripartite

CNOP – Conselho Nacional da Ordem dos Profissionais

FPHCGV- Fundação Pública Hospital de Clínicas Gaspar Vianna

FENOP – Fórum Nacional das Organizações dos Profissionais de Enfermagem

GT – Gerente de Trabalho

HC – Hospital de Clínicas

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

NAPS – Núcleo de Assistência Psicossocial

NOBs - Normas Operacionais Básicas

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PA – Estado do Pará

PAB – Piso de Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

TFAM – Teto de Financiamento da Assistência dos Municípios

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO

CAPÍTULO I: REFERENCIAL TEÓRICO 19

1.1 CONCEITO DE GESTÃO 19

1.2 A ORIGEM DA ENFERMAGEM NO BRASIL 20

1.3 A ORIGEM DA ENFERMAGEM EM PORTUGAL 24

1.4 O PAPEL DO ENFERMEIRO GESTOR NA GESTÃO PÚBLICA DE SAÚDE 29

1.5 MODELO BRASILEIRO DE GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA 32

1.6 CARACTERIZANDO O MODELO BRASILEIRO 37

1.6.1 Comissão Inter- Gestores Tripartite 39

1.6.2 Comissão Inter- Gestora Bipartite 40

1.7 CARACTERIZANDO O MODELO PORTUGUÊS 42

1.8 CARACTERIZANDO OS MODELOS AMERICANO E DA UNIÃO EUROPEIA 45

CAPÍTULO II - METODOLOGIA 48

2.1 TIPOS DE ESTUDO 48

2.2 LOCAL DA PESQUISA 48

2.3 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA 49

2.4 UNIVERSO DE ESTUDO/ SUJEITOS DA PESQUISA 49

2.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA 49

2.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA 50

2.7	MÉTODO DE CONSTRUÇÃO E ANÁLISE DA PESQUISA	50
2.8	ESTRATÉGIAS/INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS	50
2.9	ANÁLISE DOS DADOS	51
2.10	CONHECENDO O <i>LOCUS</i> DA PESQUISA: Breve Histórico	51
2.11	CONHECENDO A UNIDADE E O PROGRAMA DE PSIQUIATRIA DA FPEHCGV- BELÉM/PA	52
2.11.1	SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA:	53
2.11.2	SETOR DE INTERNAÇÃO BREVE	54
2.11.3	PRINCIPAIS PRÁTICAS E PROCESSOS NO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DA UNIDADE DE PSIQUIATRIA DA FPEHCGV/BELÉM-PA	56
2.11.4	AS ATRIBUIÇÕES DO GT DE ENFERMAGEM:	56
2.11.5	AS ATRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO ASSISTENCIAL	57
CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS		59
CONCLUSÃO		67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		
ÍNDICE REMISSIVO		
APÊNDICE		

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro I - Quadro sinótico das principais atribuições dos gestores nas três esferas de governo	38
Quadro II - Distribuição de leitos dos setores de acolhimento psiquiátrico da FEHCGV/BELÉM-PA	53
Quadro III - Principais elementos da prática de enfermagem, no Serviço de Enfermagem da Unidade de Psiquiatria da FPEHCGV/BELÉM-PA	58
Quadro IV - Demonstrativo de Fatores que Interferem nas Atividades do Enfermeiro Gestor na unidade de Psiquiatria da FPEHCGV-Belém/PA	64

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 01 - Percentual do gênero dos participantes	59
Gráfico 02 - Percentual da faixa etária dos participantes	60
Gráfico 03 - Percentual de vínculo empregatício dos participantes em outras Instituições	61
Gráfico 04 - Percentual de tipo de Instituições em que atuam os participantes	62
Gráfico 05 - Percentual de turnos de trabalho dos participantes	63
Gráfico 06 - Percentual de aceitação ou reprovação do modelo de gestão adotado unidade de psiquiatria/FPHCGV	65

INTRODUÇÃO

A experiência profissional adquirida dos 25 anos atuando como gestora no serviço público, bem as discussões amadurecidas e refletidas durante o Curso de Mestrado em Gestão, e a necessidade profissional de cada vez nos aprofundarmos nos conhecimentos relativos à Gestão de Saúde com o olhar voltado mais especificamente para atuação do enfermeiro, que gerencia importantes processos de saúde, suscitaram em definitivo o interesse pelo tema.

Concomitantemente a prática profissional, somam-se também as frequentes discussões teóricas que surgem de maneira mais inflamada em Congressos, Seminários, Convenções Nacionais e Estaduais e até mesmo em reuniões de trabalho sobre as questões relacionadas ao acesso e a assistência nos Hospitais Públicos em nosso Estado, cujo eixo dessas discussões está nas dificuldades do enfermeiro em gerenciar unidades de enfermagem dentro dessas Instituições conservando princípios, métodos e valores de qualidade e humanização no atendimento à saúde da população, sem romper com paradigmas construídos historicamente cheios de influências culturais, sociais e organizacionais, que trazem em seu bojo uma panaceia de fatores que vão influenciar ou comprometer o atendimento de qualidade ao usuário/cliente.

Nesse sentido, acredita-se que a pesquisa sobre **“O PAPEL DO ENFERMEIRO GESTOR NA UNIDADE DE PSIQUIATRIA DA FPEHCGV-FUNDAÇÃO PÚBLICA ESTADUAL HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA EM BELÉM/PA”**- tem importante contribuição para o desenvolvimento da temática, por expressar o olhar e as inquietações de quem também se considera parte do objeto, enquanto servidora pública que se compromete e se interessa pelas questões históricas e sociais de seu tempo e também com aquelas relacionadas à docência no Ensino Superior na árdua tarefa de ‘fazer discípulos’, na área de enfermagem.

Assim, o estudo pretende compreender a situação do objeto proposto em relação às implicações teórico/práticas que envolvem o mesmo, contribuir com o fomento da pesquisa na área tema, possibilitar a construção de novos estudos acadêmicos independentes, dinamizar os debates reflexivos acerca do comprometimento que cada ator social deve exercer na dinâmica

de uma sociedade politicamente organizada, bem como na defesa de princípios éticos, valores sociais e profissionais, frente às inovações atualmente existentes, na busca e construção do conhecimento.

Nesta perspectiva, buscou-se também intensificar os estudos teóricos referentes ao tema em questão abordando inicialmente alguns conceitos ou características referentes à saúde mental, sempre com vista à elucidação do objeto proposto.

Os conceitos de saúde mental variam conforme a ideologia subjacente aos teóricos e estudiosos que pesquisam sobre o tema, mas em geral, observa-se que os mesmos se referem ao indivíduo, em sua relação com o meio, a sua capacidade de adaptação, de resolução, de conflitos, e na contribuição criativa em seu redor.

“Para que o indivíduo tenha uma boa saúde mental é preciso de critérios identificados como: atitudes positivas em relação a si próprio; crescimento, desenvolvimento e auto-realização; integração e resposta emocional; autonomia e autodeterminação; percepção apurada da realidade, do domínio ambiental e competência social. (Laraia, 2002, p. 23 e 24).”

“Saúde Mental é um aspecto da saúde em geral, que a partir de uma concepção integral do ser humano, como entidade biopsicossocial, não pode ser visto separado. Os aspectos físico ou biológico e social ou interpessoal constituem um sistema aberto, no qual se dá uma inter-relação de todos os portadores de transtornos mentais. (Espinoza 2006 p. 15 e 16).”

É, pois, pensando em uma perspectiva mais ampla e integral de atendimento aos pacientes de transtornos mentais, que os Hospitais Públicos no Brasil atualmente encontram-se em constante processo de reformulação, inovação e adaptação do tratamento de pacientes portadores de sofrimento psíquico. Ressalta-se ainda, que o objetivo da Reforma Psiquiátrica Brasileira foi de transformar o quadro da Saúde Mental em uma nova realidade e tinha como lema “Cuidar sim, excluir, jamais”. Assim, a Saúde Mental passou também por diversas reformas sanitárias, resultantes de uma série de embates políticos ideológicos travados ao

longo desses anos e que culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, que entre outras, propunha através de uma Reforma Sanitária Nacional de Saúde, a universalização da saúde com a cobertura da assistência a todos os cidadãos brasileiros.

Desta forma, a referida Conferência Nacional passou a ser um marco nas Políticas Públicas de Saúde. Nela encontraram-se as vozes de mudanças que preconizavam a saúde enquanto direito universal de acesso igualitário e que subsidiou o texto constitucional de 1988, reconhecendo a saúde como um direito social, e não apenas como um direito de cidadania, expresso no título II dos Direitos e Garantias Fundamentais, Capítulo II, Art. 6, e ainda o Art. 196 da Constituição Federal de 1988 “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução dos riscos de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitários à ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A mais de duas décadas de existência, o SUS tem se firmado como uma das maiores Políticas Públicas de inclusão social no Brasil, mas sabe-se que garantir a sustentação de um sistema dessa magnitude, não é tarefa fácil. Mesmo com alguns avanços, na realidade os usuários ainda se deparam com retratos de uma situação completamente contrária ao que preconiza a Constituição Federal de 1988 e a Lei do SUS como: filas intermináveis para atendimento ambulatorial, demora na realização de exames, principalmente os de alta complexidade, ausência ou falta de médicos nos hospitais e postos de saúde; profissionais mal remunerados; indisponibilidade de medicação; falta de equipamentos e/ou manutenção dos mesmos. Os déficits no atendimento dessas demandas são reflexos de um Sistema Público de Saúde, que apesar bem estruturado, ainda assim é fruto e refém da corrupção historicamente arraigada em nosso Sistema Público, por parte de muitos gestores e até mesmo de profissionais da área descomprometidos com a prestação e gerenciamento de um serviço público de qualidade e humanizado em nossas Instituições, principalmente em relação às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde da população usuária do Sistema Público de Saúde em geral, o que não é muito diferente com da assistência e tratamento da saúde mental.

Pelos dados do Ministério da Saúde [MS] (2001), o SUS investia na década passada na Política Nacional de Saúde Mental, 95% dos seus recursos para pagar internações psiquiátricas e 5% em procedimentos ambulatoriais do tipo CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), NAPS (Núcleo de Assistência Psicossocial), que são serviços de média complexidade, ou seja, investia muito mais em ações curativas do que preventivas.

E ainda, segundo a mesma fonte (MS, 2011), nesse ano, o SUS investiu R\$ 1.812 bilhão em saúde mental, desses, 71,20% em procedimentos ambulatoriais e assistência extra-hospital do tipo Centro de Atenção Psicossocial - CAPS e Núcleo de Assistência Psicossocial - NAPS, que são serviços de média complexidade e somente 28,80% para internações psiquiátricas. Dados que vêm corrigindo a alocação dos recursos destinados à saúde mental conforme a proposta da política e que se comparados com os dados apresentados no parágrafo anterior, sugere teoricamente uma melhor qualidade de vida dos pacientes, mas que não reflete a realidade, pois apesar de toda essa retaguarda político financeira, o sistema ainda se recente na questão política administrativa, pois de acordo com os dados do último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). O Estado do Pará possui 144 municípios com uma população estimada de **8.073.9247** e ainda, segundo site do Ministério Público ‘o mais atualizado’, o Estado possui apenas **52** CAPS sendo: «22 CAPS I»; «13 CAPS II»; «05 CAPS III»; «02 CAPSi- infantilI» e «08 CAPSad-Álcool e Drogas». Desses, 10 CAPS se encontram no município de Belém, assim distribuídos: «04 CAPS I»; «03 CAPS II»; «02 CAPS III» e «01 CAPSi», números considerados insuficientes para atender uma demanda populacional estimada de 1.432.844 habitantes, segundo o (IBGE, 2010). Vale ressaltar também, que a Fundação Pública Estadual Hospital Clínicas «Gaspar Vianna» é o único hospital de referência em saúde mental no Estado do Pará, que recebe pacientes de todo Estado e até de outros, como Maranhão, Amapá, o que precariza ainda mais a assistência voltada aos portadores de transtornos mentais do Estado do Pará, que se reflete nas constantes e inúmeras reclamações de pacientes e familiares em relação a falta de psiquiatras, de medicação, de leitos, de apoio psicossocial ao usuário e à família, tanto nos CAPS como nos postos de saúde. Essa deficiência de gestão do sistema influencia diretamente na superlotação do setor de internação psiquiátrica do Hospital de Clínicas, devido ao elevado número de

internações e reinternações, que sobrecarregam as equipes de plantão, reflexo da ineficiência na garantia do atendimento primário.

Nesta perspectiva, a pesquisa buscou responder a quatro questões que parecem fundamentais:

QUESTÕES A INVESTIGAR

- ✓ Qual o papel do enfermeiro da unidade de psiquiatria da **FPEHCGV-BELÉM/PA**?
- ✓ Qual o perfil do enfermeiro que atua na gestão da unidade de psiquiatria da **FPEHCGV-BELÉM/PA**?
- ✓ Qual o nível de participação do enfermeiro no processo de gestão da unidade de psiquiatria da **FPEHCGV-BELÉM/PA**?
- ✓ Quais as atividades de gestão que contribuem e/ou interferem no desenvolvimento das atividades de assistência dos enfermeiros da unidade de psiquiatria da **FPEHCGV-BELÉM/PA**?

OBJETIVO GERAL:

- ✓ Analisar o papel do enfermeiro como gestor da unidade de psiquiatria da **FPEHCGV- BELÉM-PA**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Traçar o perfil dos enfermeiros que atuam na gestão da unidade de psiquiatria da **FPEHCGV-BELÉM/PA**;
- ✓ Verificar o nível da participação dos enfermeiros, gestores da unidade de psiquiatria no processo de gestão da **FPEHCGV-BELÉM/PA**;
- ✓ Identificar as atividades de gestão do enfermeiro que contribuem e/ou interferem no desenvolvimento das atividades de assistência dos enfermeiros na unidade de psiquiatria da **FPEHCGV**.

Assim, com vista nos objetivos descritos acima, o presente trabalho está estruturado em três capítulos: O primeiro denominado Referencial teórico aborda-se as questões teóricas referentes ao atual modelo de Gestão Pública de Saúde que fundamentam teoricamente o modelo no Brasil, bem como as atividades profissionais desenvolvidas por enfermeiros e gestores que emergem de tais teorias, neste processo. Ainda neste capítulo, faz-se também uma breve caracterização sobre o modelo de saúde português, americano e europeu, cuja síntese limita-se a uma descrição comparativa dos diferentes modelos entre si.

No segundo capítulo, chamado de Metodologia, enfatiza-se os procedimentos metodológicos que nortearam toda a pesquisa, com base nos objetivos propostos, que respondem satisfatoriamente as duas últimas questões norteadoras diretamente ligadas à construção da pesquisa empírica, o qual apresenta também uma breve descrição do programa da Unidade de Psiquiatria da Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna em Belém/PA.

No terceiro capítulo denominado Apresentação dos Resultados, faz-se uma retrospectiva e análise inferencial sobre os pontos mais relevantes abordados no estudo, bem como discussão dos dados coletados com vista a emergir os referenciais subjacentes nas falas dos sujeitos e nas bibliografias estudadas.

E por fim, cabe ainda a título de Conclusão, o resumo e a Análise dos Resultados mais relevantes da pesquisa com uma breve crítica relacionando as principais perspectivas e tendências referentes ao processo de Gestão Pública na Saúde, que tem subsidiado a organização do trabalho gestor de enfermagem, e ainda, as possíveis contribuições/sugestões de melhorias que poderão ser implementadas na referida Unidade.

CAPÍTULO I - REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 CONCEITOS DE GESTÃO

Existem muitos termos ou definições em torno das palavras Gestor, Gerente, Chefe.

Para o dicionarista Hoaiussis, A. (2001) gestão e administração se apresentam como palavras sinônimas: “Ato ou efeito de administrar, ação de governar ou gerir uma empresa, órgão público [...]. Exercer mando, ter poder de decisão, dirigir, gerir”.

Já para o dicionarista Michael, C. (2009), as definições destes termos são respectivamente:

“Gestor é Indivíduo que, sem mandato, administra negócios alheios; Que, ou quem gere, dirige ou administra bens, negócios ou serviços; O gerente é o indivíduo que, entre outros, tem a autoridade ou a direção; e o chefe, é o empregado ou funcionário encarregado da direção ou supervisão de uma seção, departamento, repartição, etc. “(Michael, C. 2009, p. 569)

Para Campos (2011) gestão deve ser um elemento que caminhe junto com os princípios da administração pública, sendo assim a proposta que muda ou molda a resolutividade dos problemas deve criar condições favoráveis para esta mudança, levando em consideração a participação social democrática ao decidir e implementar ações e serviços de saúde.

Para além dos diferentes conceitos, o que se extrai de consensual entre os autores, é que o gestor é alguém que desenvolve os planos estratégicos e operacionais que julga mais eficazes para atingir os objetivos propostos por uma determinada organização, concebe as estruturas e estabelecem as regras, políticas e procedimentos mais adequados aos planos desenvolvidos e, por fim, implementa e coordena a execução dos planos através de um determinado tipo de comando ou liderança de controle macro. Enquanto que o Gerente exerce um papel normalmente em nível tático ou operacional, controlando um departamento ou uma seção/unidade, cujas atividades são preponderantemente relacionadas à chefia.

Assim, tem-se no próprio conceito da palavra Administração a síntese de todos esses conceitos. A Administração deriva do latim (ad, direção para, tendência). Segundo (Chiavenato, 2011), em sua origem a palavra significa a função que se desenvolve sob o comando de outro, um serviço que se presta a outro ou ainda, uma atividade que se recebe por delegação de outrem.

Para melhor entendimento do objeto de estudo em questão, cabe explicitar, que no caso da Instituição *locus* da pesquisa, o Gestor de Enfermagem ou Enfermeiro Gestor, diz-se daquele que está exercendo uma função ou cargo estratégico de confiança na Fundação (GT de Enfermagem/Gerente de Trabalho) e, Enfermeiros Assistenciais, para aqueles que exercem, tanto o cuidado de enfermagem, quanto administram ou gerenciam unidades/processos de enfermagem na referida Instituição. Entretanto, considerando os objetivos do presente estudo, adotou-se a terminologia Gestor, em virtude de ser a que apropriadamente condiz com o escopo do referido estudo, e aqui, genericamente empregada ao contexto hospitalar brasileiro e ao profissional de enfermagem, afinal, a sua importância está associada às tarefas de gestão que o mesmo desenvolve e não ao cargo ou função propriamente dita.

1.2 A ORIGEM DA ENFERMAGEM NO BRASIL

Existe um consenso na historiografia da Enfermagem no Brasil, que data do ano de 1922 como o marco inicial da enfermagem moderna brasileira, ano em que foi criada a Escola de enfermagem Anna Nery. Nesse período, a sociedade brasileira passava por profundas transformações, em que alguns acontecimentos contribuíram particularmente para isso, a saber: no campo político destacamos a Proclamação da República em 1889, a Primeira Guerra Mundial ‘1914-1918’ e a chamada Revolução de 1930; no campo econômico, a crise do Ciclo Cafeeiro e a aceleração do processo Industrial; no campo social, a urbanização, a imigração e os movimentos sociais e, no campo cultural, a Semana da Arte Moderna em 1922.

Já no campo da saúde, outra ordem de pressão foi se constituindo no decorrer da Primeira República. A formação de cidades com outra característica que não a simples

extensão da vida rural; o processo de industrialização/imigração e a consequente aglomeração de pessoas em precárias condições de vida foram alguns fatores que facilitavam a proliferação de doenças infectocontagiosas, agravando o péssimo quadro de saúde já existente. A falta de condições sanitárias facilitava a proliferação de várias doenças e epidemias, mas que nessa conjuntura ganharam outra dimensão que impunham medidas urgentes por parte do Estado. Isso contribuiu para que nos primórdios da República, a Saúde Pública se tornasse uma séria preocupação para o Governo, não só para reverter a péssima imagem do Brasil no exterior, em decorrência de problemas sanitários, mas porque a “Nova Ordem Republicana”, embora politicamente excludente, se balizava nos princípios liberais, que defendiam a universalização de certos Serviços Públicos como a saúde e a educação. Assim,

“Na tentativa de resolver os problemas de saúde, agravados no início do período Republicano, dentre outras medidas o governo criou o Conselho de Saúde Pública 1890; regulamentou o Laboratório de Bacteriologia 1892; criou o Instituto Sanitário Federal 1894; a Diretoria Geral de Saúde Pública 1897; o Instituto Soroterápico Municipal 1900; a notificação compulsória das doenças consideradas transmissíveis 1902 e instituiu a obrigatoriedade da vacina contra a varíola 1904. ” (COSTA, 1986, p. 45/46).

Essas medidas, no entanto, não tiveram o efeito esperado. As epidemias, a falta de segurança no trabalho, as péssimas condições de vida e a falta de assistência à saúde acabaram levando os trabalhadores mais organizados a explicitarem com mais ênfase os antagonismos da relação capital/trabalho. Determinadas bandeiras liberais, que tinham sido assumidas no discurso pelos republicanos, foram reivindicadas como direitos de cidadania pelos trabalhadores, estimulando as lutas sociais, que assumiram papel relevante no período de 1910/1920.

É nesse contexto que o Estado brasileiro, tal como os Estados burgueses em geral entram como mediador, oferecendo determinados serviços de saúde, de educação, entre outros, com o objetivo de atenuar e/ou desviar a atenção dos conflitos gerados pelo próprio modo de produção, como forma de negação da cidadania pelo assistencialismo. Dessa forma, tais serviços, ao mesmo tempo em que atendiam determinadas necessidades dos trabalhadores, atuavam como instrumentos de controle social e ideológico.

Nos anos de 1920, o movimento sanitário que defendia um modelo de Atenção à Saúde formada por uma Rede Local Permanente de Unidades de Saúde começou a ganhar corpo. Os propositores desse projeto que tomavam como referência as ações da Fundação Rockefeller e a experiência americana defendiam a necessidade de modificar os princípios da Saúde Pública Brasileira, na medida em que propunham uma Administração dos Serviços de Saúde Pública fundamentada cientificamente, colocando a educação sanitária como instrumento básico das práticas médico sanitárias.

Esse modelo, que Carlos Chagas, diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública tentou implantar através da primeira reforma sanitária no período de 1920 a 1926, proclamava a necessidade de unidades de saúde locais e permanentes, com a formação de uma equipe de profissionais que atuassem de forma sistemática junto à população. Nesse projeto para a Saúde Pública, o enfermeiro visitador teria um papel fundamental a desempenhar como educador sanitário, e foi a partir desse conceito, que se institucionalizou a enfermagem moderna no Brasil.

Numa atitude que se pode avaliar como idealista, o sanitarista Carlos Chagas criou em 1922 a Escola de Enfermagem Anna Nery, tendo como modelo o sistema Nightingaleano, que se originou nos hospitais europeus e se desenvolveu nos hospitais americanos. Aqui, no entanto, era proposto com o objetivo de formar profissionais que deveriam atuar na Saúde Pública, como agentes de educação em saúde.

A intenção inicial de Carlos Chagas de formar enfermeiros que assumissem o papel de educadores em saúde, não chegou a se concretizar como uma prática sistemática por uma série de fatores, que articulados, determinaram o desenvolvimento da enfermagem numa perspectiva diferente daquela originalmente sugerida. O projeto da Rede Local Permanente acabou não se consolidando, enquanto modelo para a Saúde Pública Brasileira. O projeto sanitarista que se implantou e implementou no final dos anos vinte foi o Permanente Especializado, que organizava “os serviços por problemas específicos, verticalmente administrados e que atuavam paralelamente, utilizando-se de todos os instrumentos das

campanhas e da Educação Sanitária da Medicina Curativa”. (MERHY, 1992, p. 29). Tanto assim, que o único campo fora dos hospitais onde a enfermagem teve algum desenvolvimento foi nos programas de combate à tuberculose, em que a Fundação Rockefeller tinha particular interesse para que fosse investido recursos em ações de saúde.

O projeto vertical Permanente Especializado foi beneficiado pelo forte movimento nacionalista presente naquela década, que rechaçava qualquer interferência estrangeira em assuntos nacionais, principalmente se fosse americana. Como o projeto da Rede Local Permanente preconizado por alguns sanitaristas, entre os quais Carlos Chagas, que tinha como matriz o modelo americano. Este foi ideologicamente rejeitado e não se firmou nessa conjuntura política.

Da mesma forma, a tentativa de substituir as brigadas de polícia sanitária, que atuavam há mais de vinte anos de maneira impositiva e repressora, por profissionais que deveriam utilizar o convencimento e a educação sanitária como estratégia de mudança, não ocorrera de forma tranquila. Tanto é que a população rejeitou essa ‘nova abordagem’, que recomendava alterações em seus padrões de comportamento, de higiene e moradia. E também as próprias enfermeiras acabavam rapidamente desistindo de atuar nessa área, por sentirem que o trabalho desenvolvido não estava contemplando mudanças significativas nos hábitos, nem nas condições de saúde da população.

Outro dado a considerar é quanto à origem social das primeiras enfermeiras, que não favorecia a sua permanência nesse tipo de trabalho penoso e insalubre de visitadora sanitária. As primeiras enfermeiras brasileiras foram recrutadas da classe média e média alta, numa tentativa de reproduzir aqui o mito de Florence Nightingale, nobre inglesa que fundou e difundiu a chamada enfermagem moderna. A exigência de diploma de Escola Normal ou equivalente, para poder entrar na Escola de Enfermagem Anna Nery, por si só já restringia o acesso de outras classes, pois naquela época era pouco comum a mulher estudar além da alfabetização, a não ser aquelas que pertenciam às elites sociais.

Além disso, havia evidências de que os interesses privados se impunham, direcionando a profissionalização da enfermagem para o campo hospitalar ‘curativo’, em que se privilegiava a mercantilização da saúde e não uma Saúde Pública humanizada de caráter preventivo. Isso era possível constatar através da criação da Escola Alfredo Pinto em 1890 vinculado ao hospital psiquiátrico; da Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha em 1916, e dos cursos para a formação de pessoal de enfermagem nos hospitais militares, regulamentados em 1921, cujas disciplinas que faziam parte do seu programa de ensino, em sua maioria, privilegiavam o conhecimento voltado para a atuação do enfermeiro centrado no indivíduo e na prática curativa no campo hospitalar. Enquanto que a estrutura dos programas de ensino da Escola de Enfermagem Anna Nery, primava pela formação de enfermeiras visitadoras voltadas para a Saúde Pública de caráter preventivo.

1.3 A ORIGEM DA ENFERMAGEM EM PORTUGAL

A história da enfermagem em Portugal, diferentemente do contexto brasileiro, segundo alguns historiadores, tem seu início a partir do primeiro Manual de Enfermagem português – a *Postilla Religiosa e arte de enfermeiros* – descoberto há relativamente poucos anos e data de 1741. O seu autor, Frei Diogo de Santiago pertenceu a congregação de São João de Deus e testemunha a forte ligação entre a profissão e as confissões religiosas. Assim, a

“Publicação da ‘Postilla Religiosa e a Arte de Enfermeiros’ em 1741, um marco para a enfermagem em Portugal, um documento escrito de grande relevância para a história da enfermagem em Portugal. Além do valor histórico, o facto de poder ter sido o primeiro documento escrito por enfermeiro, A Postilla Religiosa e Arte de Enfermeiros com três centenas de páginas, encontra-se organizada em três tratados, com temas específicos em cada um deles. O nosso realce dirige-se para o segundo tratado, com cem páginas, com o título ‘Arte de Enfermeiros’, enumerando um conjunto de normas e reflexões, sobre o desempenho da enfermagem no século XVIII. ” (Santos, 2012. p.43)

O autor ressalta ainda:

“Passados duzentos e trinta e sete anos após, o regimento do hospital Real de Todos os Santos de Lisboa de 1504, onde pela primeira vez podemos observar as funções dos enfermeiros com um grau elevado de desenvolvimento, Frei Santiago organizou um conjunto de ideias, resultado do saber e da experiência, onde ao longo de cinquenta e nove capítulos enumera princípios fundamentais no exercício da atividade de enfermagem na época. Trata-se de um notável documento escrito, para a história da enfermagem em Portugal. ” (ibdem, 2012)

Em 1860 surgiu a Enfermagem Moderna, com Florence Nightingale. Em Portugal existia um grupo indiferenciado de pessoas que trabalhavam em hospitais e asilos, os quais se juntavam a grupos de religiosas.

Posteriormente, nas últimas duas décadas do século XIX surgiram cursos especificamente voltados a formar enfermeiros. O primeiro foi criado em 1881 nos Hospitais da Universidade de Coimbra. Os cuidados de enfermagem começaram a corresponder a um trabalho técnico assistencial. A este respeito, sabe-se que:

“No século XIX, com os governos liberais, uma nova atuação em termos de assistência: vai ser considerada como pertencente ao Estado, e por isso, passa a fazer parte dos seus orçamentos. Na Constituição de 1822 surgem ideias para a saúde pública, num artigo sobre os estabelecimentos de caridade: “As Cortes e o Governo terão particular cuidado da fundação, conservação e aumento das casas de misericórdia, e de hospitais civis e militares... e de qualquer outro estabelecimento de caridade. ” (Oliveira,1992)¹

Na década de 30 do século XX, apesar da instituição do Estado Novo, deu-se início ao movimento sindical com o Sindicato Profissional dos Enfermeiros da Região Sul e, posteriormente, com o Sindicato Profissional dos Enfermeiros da Região Norte.

¹ Oliveira, 1992, apud SANTOS, L. **Distribuição de Competência no Sistema Único de Saúde: o papel do Estado nas três esferas de governo no SUS**. Brasília: DF, OPS/OMS, 1994, p3.

Uma das primeiras reivindicações sindicais incidiu sobre os riscos corridos pelos enfermeiros devido à falta de proteção da sua integridade física. Mais tarde, sugeriu-se a elaboração de um Código Profissional de Enfermagem integrado num Código da Saúde.

A essa altura, também foi instituído o regime das «90 velas», ou seja, um período trimestral de trabalho noturno. Os anos 40 trouxeram a criação de alguns cursos de aperfeiçoamento em determinadas áreas da Enfermagem como as atividades de formação contínua – Psiquiatria, Puericultura e Saúde Pública.

“O Decreto-lei nº 31:913 de 12 de março de 1942 estabeleceu que a Enfermagem só pudesse ser exercida por mulheres solteiras ou viúvas sem filhos. Proibiu-se o exercício público da profissão a quem não tivesse um diploma. Em 1950 realizou-se a I Reunião Nacional dos Profissionais de Enfermagem. O ensino foi alvo de nova reestruturação com a aprovação do Regulamento das Escolas de Enfermagem, entre outros documentos. O Curso Geral de Enfermagem passou para três anos e as escolas passaram a ter autonomia técnica e administrativa.

Apesar de um número considerável de escolas, a quantidade de diplomados se restringia a ¼ dos que iniciavam o curso, enquanto que ¾ dos alunos preferiam interromper a sua formação para desempenhar funções de auxiliares de enfermagem. O pouco reconhecimento social e os baixos salários foram apontados como os principais motivos para a desistência desses profissionais. Em 1955 foi criada uma comissão de estudo para elaborar um programa de fomento da enfermagem. ” (OE, 2008)

Foi ainda na década de 1990 que foi dado um importante salto na profissionalização dos enfermeiros em Portugal, pois:

“Em 1998, o momento ambicionado por várias gerações de enfermeiros tornou-se uma realidade. A 21 de Abril foi publicada no Diário da República Portuguesa, o Decreto-lei nº 104/98, diploma que permitiu a criação da Ordem dos Enfermeiros - OE. Surgiu assim, a Associação Profissional de Direito Público que, em Portugal, é responsável pela regulamentação e disciplina da prática dos enfermeiros, em termos de assegurar o cumprimento das normas deontológicas que devem orientar a profissão, garantindo a prossecução do inerente interesse público e a dignidade do exercício da Enfermagem. O mesmo diploma contemplou, em anexo, o Estatuto da OE, documento que integra o Código Deontológico do Enfermeiro. ” (OE, 2008).

O novo enquadramento da profissão permitiu, que em 1999 a formação pré-graduada em Enfermagem passasse a ser assegurada pelo Curso de Licenciatura em Enfermagem com duração académica de quatro anos, com um acréscimo significativo de competências ao nível da Gestão de Serviços de Saúde, formação e investigação em Enfermagem, e que passa a ser ministrado em Escolas Superiores de Enfermagem e Escolas Superiores de Saúde, públicas ou privadas, num total de 42 estabelecimentos. Esse avanço técnico/ científico na área das ciências da saúde, tinha como primado, “promover a defesa da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controle do exercício da profissão de enfermeiro, assegurando a observância das regras de Ética e Deontológica Profissional”, preconiza o Código de Ética Deontológico de 1998.

A OE tem sede nacional em Lisboa e é constituída por cinco secções regionais: Secção Regional do Norte, com sede no Porto; Secção Regional do Centro, com sede em Coimbra; Secção Regional do Sul, com sede em Lisboa; Secção Regional da Região Autónoma da Madeira, com sede no Funchal; Secção Regional da Região Autónoma dos Açores, com sede em Ponta Delgada.

Segundo o CEDE (1998), essas são algumas datas importantes da história da Ordem dos Enfermeiros:

- 21 de abril de 1998, quando foi publicado o Decreto-lei nº 104/98, diploma que criou a Ordem dos Enfermeiros.
- 21 de abril de 1999 data de criação da Comissão Instaladora promoveram as primeiras eleições. A Enf.^a Mariana Diniz de Sousa foi eleita como primeira Bastonária da Ordem dos Enfermeiros.
- 1 de junho de 1999 a 31 de dezembro de 2003, duração do 1º Mandato dos Órgãos Sociais da OE eleitos em 21 de abril de 1999.
- 1 de abril de 2004 (A Ordem dos Enfermeiros tornou-se, nesta data, membro do Conselho Internacional de Enfermeiros- *Internacional Council of Nurses* – ICN).

- 28 de maio de 2007 (a Ordem dos Enfermeiros integrou o Conselho Nacional das Ordens Profissionais- CNOP).
- 13 de dezembro de 2007 (Novo ato eleitoral, que reelegeu a Enf.^a Maria Augusta Sousa como Bastonária da OE).
- De 01 de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2011 (Duração do 3º Mandato dos Órgãos Sociais da OE eleitos em 13 de dezembro).

Depois de um longo processo de negociação que envolveu diversas organizações profissionais de enfermeiros, foi criado o FNOPE- Fórum Nacional das Organizações Profissionais de Enfermagem - onde a OE se integra. Foi através do FNOPE, que se constituiu um novo modelo de colaboração e foi atribuindo a OE os deveres de:

“... definir o nível da qualificação profissional dos enfermeiros; manter o registro dos enfermeiros e exercer a regularização do exercício da profissão no País; outorgar os títulos de graduação dos profissionais de enfermagem e de enfermeiro especialista; defender a qualificação e a profissão de enfermeiro; pronunciar-se sobre os modelos de formação e sobre a estrutura geral dos currículos de Enfermagem”. (OE, 1998)

Está expresso também no Estatuto do Código de Ética e Deontologia do Enfermeiro - CEDE (1998) entre outras, [...] as intervenções de Enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.

E no seu exercício profissional, o enfermeiro deve observar princípios como a igualdade, a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade a competência e o aperfeiçoamento profissional.

1.4 O PAPEL DO ENFERMEIRO GESTOR NA GESTÃO PÚBLICA DE SAÚDE

A gerência constitui um importante instrumento para a efetivação das Políticas de Saúde, pois incorpora um caráter articulador e integrativo, em que a ação gerencial é determinante do processo de organização dos serviços de saúde.

Em toda organização é necessária a atuação de gerentes, que devem atuar como interlocutor e mediador no processo de trabalho entre a Instituição, servidores e clientela, e que tem o papel de identificar problemas e habilidades para solucioná-los, dimensionar recursos, planejar sua aplicação, efetuar diagnósticos de situações e desenvolver estratégias para garantir um melhor desempenho das equipes de trabalho, com os objetivos de atender bem, com qualidade para alcançar as metas descritas no planejamento estratégico da Instituição.

A enfermagem é uma das categorias profissionais da saúde mais mobilizadas para o gerenciamento das Unidades de Saúde e cabe a ela o compromisso junto aos demais profissionais, quanto a viabilização das normas do SUS como: incentivar a participação da equipe na organização e produção de Serviços de Saúde para atender as reais necessidades da instituição, dos trabalhadores e usuários. Para que isso é necessário que a enfermagem se utilize da descentralização administrativa, comunicação informal, flexibilidade na produção e estímulo à iniciativa e à criatividade de indivíduos e grupos. Assim, segundo o Código de Ética da Profissão, a formação em Gestores de Enfermagem está pautada em três eixos principais, a saber: ‘conhecimento gerencial’; Saber ser ‘atitude’; Saber fazer ‘aplicação do saber, análise e proposta de soluções’.

No espaço em que ocorre a gerência exercida por enfermeiros, a relação desse profissional com o usuário e com outros profissionais da área são condições que constituem e imprimem determinadas características no processo de trabalho, que são regidos e regulamentados por normas e padrões éticos, conforme demonstra a Resolução Nº 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN que regulamenta o Código de Ética da Profissão, que diz:

“Art.2º Aprimorar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais que dão sustentação a sua prática profissional;

Art.7º Comunicar ao COREN e aos órgãos competentes, fatos que infrinjam dispositivos legais e que possam prejudicar o exercício profissional;

Art.20º Colaborar com a Equipe de Saúde no esclarecimento da pessoa, família e coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca de seu estado de saúde e tratamento. [...];

Art.36º Participar da prática profissional multi e interdisciplinar com responsabilidade, autonomia e liberdade. [...];

Art.38º Responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independentemente de ter sido praticada individualmente ou em equipe. [...];

Art.45º Associar-se, exercer cargos e participar de Entidades de Classe e órgão de Fiscalização do Exercício Profissional;

Art.46º Requerer em tempo hábil, informações acerca de normas e convocações. [...];

Art.55º Facilitar e incentivar a participação dos profissionais de enfermagem no desempenho de atividades nas organizações da categoria. [...];

Art.83º Orientar, na condição de Enfermeiro, a equipe sob sua responsabilidade sobre o dever do sigilo profissional. [...]” (COFEN - Resolução 311/2007 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, 2007).

Ainda, de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem são princípios orientadores da atividade dos enfermeiros: a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes; a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais.

Desta forma, fica claro que as funções preditas no instrumento jurídico da categoria estão relacionadas a existência de determinada relação de poder e responsabilidade que são inerentes à sua autoridade formal, para fixar regras e disciplinar a ação desses profissionais.

Diante de dilemas, conflitos éticos e legais, a profissional, assim como o cidadão comum, precisa avaliar a situação, refletir sobre a questão e decidir.

“As pessoas envolvidas em um conflito ético não são vistas como adversárias numa pendência de direitos, mas coo-partícipes interdependentes de uma rede de relacionamentos de cuja continuidade depende a manutenção da vida de todos, de maneira que adquire centralidade a busca de uma solução não violenta para os conflitos [...] o juízo ético não pode ter por base apenas as regras, mas deve ser nutrido por uma vida vivida de forma suficientemente intensa para criar simpatia por tudo que é humano. ” (Zoboli, 2006.)

Dentre as competências gerenciais dos enfermeiros pode-se citar: análise crítica para tomada de decisão gerencial e o desenvolvimento do pensamento autônomo; organização de redes de serviços de saúde; desenvolvimento de instrumento para análise da situação de saúde e provisão de serviços e elaborar estratégias de intervenção; identificação de potencialidades e limitações institucionais que diminuam ou impeçam a efetividade das ações de saúde; realização de planejamento e programação, fundamental à análise de situação e elaboração de propostas de intervenção; utilização do sistema de informação, avaliando suas potencialidades e limitações; desenvolvimento dos conhecimentos gerenciais a partir de novos enfoques e modernas técnicas de gestão, entre outras.

Nesta perspectiva, existe uma dificuldade conceitual a nível teórico/prático em se compreender ou se diferenciar o trabalho de enfermagem em seus aspectos gerenciais e assistenciais nas ações de cuidado, como se fossem ora ações distintas, ora ações concomitantes.

Para Christovam (2009) é possível construir um conceito de gerencia do cuidado de enfermagem que traga por si mesmo uma dialética e não uma dicotomia entre cuidar e administrar o cuidado, e que esta dialética envolve forma e conteúdo social e cultural no cuidado individual e coletivo específico do contexto hospitalar, que não se quer aqui aprofundar, mas apenas reforçar a importância dos conceitos que norteiam as ações desenvolvidas pelos enfermeiros, que é singular em um contexto hospitalar.

1.5 MODELO BRASILEIRO DE GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA

A partir da década de 1980, ocorre uma grande revolução na Administração Pública dos países centrais, inspirada nos avanços realizados pela administração de empresas e que aos poucos vão aparecendo seus contornos na nova Administração Pública, em forma de superação do chamado burocratismo, passo fundamental em direção à Administração Pública Gerencial que engloba e flexibiliza os princípios burocráticos clássicos, mas não os elimina completamente.

Para melhor entendimento da natureza dessas reformas, Pereira (1998, p.178) diz que é preciso compreender o modelo anteriormente vigente, ou seja, o modelo burocrático Weberiano, classificado de antigo modelo administrativo, cujos procedimentos eram considerados rígidos, de forte hierarquia e total separação entre o público e o privado.

O autor afirma ainda, que a preocupação fundamental na formação da burocracia moderna, é justamente a delimitação nítida do domínio público em relação à esfera privada. “[...] no intuito de separar radicalmente o público do privado, o modelo burocrático weberiano tornou a atuação dos funcionários cada vez mais auto referida” (Pereira, 1998, p.179). Foi a partir dessa percepção que surgiram as primeiras críticas mais contundentes ao modelo weberiano [...] sobre a sua ação cada vez mais intransparente e ineficiente da burocracia pública, propondo um modelo gerencial para o setor público. (Caiden, 1991)² apud Pereira 1998, p. 179).

Ainda, segundo Pereira (1998), o diagnóstico neoliberal é de que o Estado passava por uma crise gerada por uma administração burocrática cara, centralizadora e improdutiva. Sugere-se então, a descentralização no que se refere a jurisdição dos Sistemas e das Instituições de Saúde vista pelo intenso processo de municipalização da saúde, em que o Governo Federal transfere um conjunto de atribuições de gestão para os níveis Estadual e Municipal. Tais políticas vão traduzir, não só posições ideológicas, mas também o consenso e

² Caiden, 1991, apud **PEREIRA**, L. C. B. (1998). Reforma do Estado para a cidadania: a Reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional. São Paulo: Ed. 34; Brasília: ENAP, 1998, p 179.

as reivindicações sociais que naquele momento são substituídas pelas proposições de estratégias de desenvolvimento local e a retomada do crescimento econômico do país, desestatizando a economia por meio de intenso processo de privatizações. As mudanças ocorridas no cenário econômico brasileiro vão mudar radicalmente as funções do Estado e a postura empresarial no país, que vão reverberar no seio das Instituições Públicas.

Essas mudanças provocaram também novas posturas no cenário político nacional, considerando a importância da saúde para o desenvolvimento social e econômico, que deveria passar pela articulação desses atores sociais.

Assim, a Administração Pública vai importar da iniciativa privada novos conceitos e teorias orquestradas a nível mundial pelo pensamento neoliberal, fazendo com que o Estado se livre e privatize o que ele não consegue administrar, deixando a cargo do mercado o exercício do autocontrole da economia, e começa a criar as Agências Reguladoras para fiscalizar o que foi privatizado. Nesse momento, o Estado passa a olhar cuidadosamente para o interior de sua estrutura propriamente dita, promovendo a Reforma Gerencial da Gestão Pública, atualmente chamada de ‘Nova Gestão Pública’.

A partir dessa combinação entre os princípios gerenciais e burocráticos, é que vai se processar a Reforma do Estado Brasileiro, que visa ao rompimento de paradigmas empresariais importados para a esfera pública de governo. Para Pereira (1998), “esta última será executada em três dimensões: a) a institucional-legal, por meio do qual se modificam as leis e se criam ou modificam instituições; b) a cultural, baseada na mudança dos valores burocráticos para gerencias; e c) a de co-gestão.” Onde:

“Na dimensão institucional-legal será preciso modificar a constituição, as leis e os regulamentos [...], qualquer reforma do estado implica uma ampla modificação do sistema legal”. A dimensão cultural da reforma significa, por um lado, sepultar de vez o patrimonialismo, e, por outro, transitar da cultura burocrática para gerencial. [...]. Essa afirmação, entretanto, é imprecisa, já que as práticas também fazem parte da cultura. [...]. Finalmente a dimensão gestão será mais difícil. Trata-se aqui de pôr em prática as novas ideias gerenciais e oferecer a sociedade um serviço público efetivamente mais barato, mais bem controlado e de melhor qualidade.” (Pereira, 1998, p. 265).

As ideias acima foram materializadas de forma mais tácita no Plano Diretor da Reforma do Estado criado por Bresser Pereira ‘Ministro da Economia Brasileira’ em 1995, que explicita em seu Plano a diferenciação conceitual entre Reforma do Estado e Reforma do Aparelho do Estado, que diz:

“Entende-se por aparelho do Estado, a administração pública em sentido amplo, ou seja, a estrutura organizacional do Estado em seus três poderes (executivo, legislativo e judiciário) e três níveis (União, Estados-Membros e Municípios). [...] O Estado, por sua vez, é mais abrangente que o aparelho, porque compreende adicionalmente o sistema constitucional-legal, que regula a população nos limites de um território. [...] a Reforma do Estado é um projeto amplo que diz respeito a várias áreas do Governo, e ainda, ao conjunto da sociedade brasileira, enquanto que a Reforma do Aparelho do Estado tem um escopo mais restrito: está orientada para tornar a Administração Pública mais eficiente e mais voltada para a Cidadania. (BRASIL, Plano Diretor, 1995, p.17)

Além de deixar claro o tipo de reforma que pretende empreender, baseada meramente numa reforma do papel do Estado, com medidas voltadas para o mercado como enfatizado anteriormente, o Ministro destaca:

“Reformar o Estado significa transferir para o setor privado as atividades que podem ser controladas pelo Mercado. Daí a generalização do processo de privatização de empresas estatais. Neste plano, entretanto, salientaremos um ou outro processo tão importante quanto, e que, entretanto, não está tão claro: a descentralização para o setor público não estatal da execução de serviços que não envolvem o exercício do poder de Estado, mas devem ser subsidiados pelo Estado, como é o caso dos serviços de educação, saúde, cultura e pesquisa científica. Chamaremos este processo de “publicização”. (BRASIL, Plano Diretor, 1995, p.18)

De acordo com a nova estrutura de organização do Estado brasileiro, descrita e aprovada no Plano Diretor, “os serviços fundamentais como educação e saúde, o Estado passa gerenciar, simultaneamente, com outras organizações não estatais e privadas, caracterizada no plano como serviços não exclusivos, porque ‘produzem’ ganhos que não podem ser apropriados através do Mercado,” (Plano Diretor, 1995, p. 52-53), evidenciando-se no texto

legal outra característica própria das reformas neoliberais empreendidas no Brasil, que apesar da aparente contradição, mas se analisadas pela ótica econômica que as inspiraram, apresentam-se como complementares quais sejam: a centralização e a descentralização que serão oportunamente abordadas.

Assim, foram tecidas as bases para a reformulação das Políticas Públicas de Saúde no Brasil, entendidas aqui, enquanto ações desencadeadas pelo Estado nas esferas Federal, Estadual e Municipal, com vistas ao atendimento a determinados setores da sociedade civil, o que difere do tradicional conceito de Saúde Pública, que diz respeito a toda ação a partir da ótica do Estado, pois as Políticas Públicas são instrumentos que passam a definir por meio de diretrizes e planos, ações que vão influenciar direta ou indiretamente a vida das pessoas. Porém, isso não acontece de forma despretensiosa, mas com a intenção de garantir a «sobrevivência» do tipo de sociedade ou «política» que esteja em questão, legitimando ou assegurando suas ideologias.

Isto significa a inclusão de ações de gestão integradas de Governo, no sentido de dar maior abrangência e alcance nas ações e nos serviços públicos, uma vez que até então, as ações eram gestadas basicamente na esfera Federal ‘União’ e alcançavam apenas o trabalhador segurado. Desta maneira, ao dispor sobre a descentralização da saúde o texto Constitucional estipula três importantes dimensões em seu Artigo 198:

“[...] as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

*I – Descentralização com direção única em cada esfera de governo;
II- Atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
III – participação da comunidade. ” (EMENDA CONSTITUCIONAL BRASILEIRA nº 29/2000)*

Do texto da Carta Magna acima destacado, diz-se que foram lançadas as bases da municipalização da saúde no Brasil, em resposta ao movimento político pró-municipalização que ecoava pelo país inteiro naquele momento. A descentralização garantida na Constituição

Federal Brasileira de 1988 passa a ser um importante instrumento, enquanto um desenho estratégico a ser explicitado e delimitado posteriormente nas leis 8.080/90 e 8.142/90.

Apesar das garantias constitucionais, foi necessária uma política que previsse a redistribuição dos recursos financeiros entre Estados e Municípios, bem como a participação popular nas decisões para alocação e priorização dos recursos. Assim, nasce a Lei do Sistema Único de Saúde – SUS (Lei 8.080/90) e a Lei 8.142/90, que cria as Conferências e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo, garantindo assim a ‘participação da comunidade’ por meio de instâncias colegiadas orientadoras deliberativas que exercerão maior controle social das ações implementadas.

Ministério da Saúde [M.S.] (1990) A lei do SUS nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, regulamenta entre outros, os princípios e o modelo de organização e funcionamento da saúde pública, definindo os parâmetros para o modelo assistencial e gerencial a ser desenvolvido nas três esferas de governo, anteriormente preconizadas na lei magna, que em linhas gerais, são:

Dos Princípios:

- A Universalização: Garante o acesso às ações e serviços a todas as pessoas, independentemente do sexo, raça, credo ou outras características sociais;
- A Equidade: É um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- A Integralidade: Significa considerar a pessoa como um todo devendo as ações de saúde procurar atender a todas as necessidades da população;

Da organização:

Hierarquização: determina que as ações e serviços ‘preventivos, curativos, individuais ou coletivos’, ocorram em todos os níveis de complexidade do Sistema, por meio das Guias de Referência e Contra Referência.

- Descentralização: é a política administrativa que vai consolidar a municipalização das ações de saúde pública, que prevê o Município como gestor administrativo e financeiro do SUS.
- Participação popular: trata-se da democratização dos processos decisórios, garantidos a participação do usuário nos serviços de saúde por meio dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, como sedimenta a Lei 8.142/90, Art. 1º, §§ 1º e 2º que diz:

“A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. ”. ” (MS, DL 8142/ 1990).

“O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. ” (MS, DL 8142/, 1990).

Ainda, com referência as ações que impetraram importantes mudanças na Saúde Pública do Brasil, ressalta-se aquelas implementadas no governo do presidente Luís Inácio Lula da Silva (2003-2010), que se esperava manter a Reforma Sanitária privatista empreendida pelo seu antecessor, Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), mas logo de imediato e inovando em relação ao próprio Ministério da Saúde, o mesmo implementou importantes reformas, que tinham como principais objetivos e metas formar Recursos Humanos, bem como regulamentar profissões relacionadas à área da saúde.

1.6 CARACTERIZANDO O MODELO BRASILEIRO

Nesta perspectiva, se estabelece logo de início quem são os gestores do SUS e suas funções/atribuições em cada esfera de governo, sendo na esfera federal o Ministro da Saúde; na esfera estadual, o Secretário de Estado de Saúde; e na esfera municipal, o Secretário Municipal de Saúde. Essa distribuição estrutural/organizacional historicamente constituída levou à criação de uma rede intergovernamental de Gestão Política Sanitária que caracteriza hoje o SU. Conta-se ainda, nesta rede os atores nela envolvidos, suas instâncias deliberativas e de controle, bem como as funções de cada ente da federação.

O desenho proposto para dar corpo e materialidade aos anseios constitucionais e ratificados em inúmeros dispositivos legais, é que vão formar a estrutura decisória de tais Políticas Públicas, em que cada uma delas compreende uma série de responsabilidades e atribuições, a saber:

GESTOR	FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS E PLANEJAMENTO	FINANCIAMENTO	EXECUÇÃO DIRETA DE SERVIÇOS
FEDERAL	- Papel estratégico e normativo; - Busca de equidade; - Apoio e incentivo ao fortalecimento institucional e às práticas inovadoras de gestão estadual e municipal; - Planejamento e desenvolvimento de políticas estratégicas nos campos de tecnologia, insumos e recursos humanos.	- Garantia de recursos instáveis para o setor saúde; - Papel redistributivo; - Definição de políticas prioritárias nacionais e critérios de investimentos e a locação para as áreas políticas entre regiões/estados; - Realização de investimentos para a redução de desigualdades; - Equidade na locação de recursos e relativa importância.	- Em caráter de exceção; - Em áreas/ ações estratégicas;
ESTADUAL	- Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito estadual; - Promoção da regionalização; - Estímulo à programação integrada; - Apoio e incentivo ao fortalecimento institucional por meio das Secretarias Municipais de Saúde.	- Definição de prioridades estaduais; - Garantia de alocação de recursos próprios; - Definição de critérios de alocação dos recursos federais e estaduais entre áreas da política e entre municípios; - Realização de investimentos para a redução de desigualdades; - Busca de equidade na locação de recursos.	- Em áreas estratégicas de serviços assistenciais de referência estadual/regional, ações de maior complexidade de vigilância epidemiológicas ou sanitárias; - Em situações de carência de serviços e de omissão do gestor municipal.
MUNICIPAL	- Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito municipal; - Planejamento das ações e serviços necessários nos diversos campos; - Organização da oferta de ações e serviços públicos e contratação de privados quando necessário.	- Garantia de aplicação de recursos próprios; - Definição de critérios de aplicação de recursos federais, estaduais e municipais; - Realização de investimentos no âmbito municipal.	- Peso importante na execução de ações/prestação direta de serviços assistenciais de vigilância epidemiológica e sanitária; - Gerência de unidade de saúde; - Contratação, administração E capacitação de profissionais de saúde.

QUADRO I. Quadro sinótico das principais atribuições dos gestores nas três esferas de governo

Fonte: Noronha; Lima; Machado, 2008.

Em relação às bases de articulação proposta, para efetiva implementação e financiamento da saúde foi realizada uma estreita atuação e a articulação entre as referidas esferas de governo, que entre outras, ficaram responsáveis pela distribuição de recursos, assim definidas em instâncias de negociações e decisões que envolvem as diferentes esferas. São espaços intergovernamentais, políticos e técnicos em que ocorrem o planejamento, a negociação e a implementação das Políticas Públicas de Saúde propriamente ditas. As decisões se dão por consenso ‘e não por votação’, estimulando o debate e a negociação entre as partes.

Nesta perspectiva, um importante instrumento legal foi a Portaria GM/MS nº 545, de 20 de maio de 1993, que estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão, das ações e dos serviços de saúde, aprovando a primeira Norma Operacional Básica - NOB (Ministério da Saúde, 1993). Esta norma trata especificamente do ‘gerenciamento do processo de descentralização’, e tem como eixo, a prática do planejamento integrado em cada esfera de governo, e as Comissões Inter- Gestores e os Conselhos de Saúde como fóruns de negociação e deliberação.

Assim, no início dos anos de 1990, foram criadas no âmbito da Gestão do Sistema de Saúde, as Comissões Inter- Gestores: Tripartite, na Esfera Nacional e a Bipartite, na Esfera Estadual, ambas se constituem em verdadeiras arenas políticas de representação federativa nos processos de formulação e implementação das Políticas Públicas de Saúde no Brasil.

1.6.1 Comissão Inter- Gestores Tripartite:

É composta por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Nesta comissão são definidas as diretrizes, as estratégias, os programas, os projetos e a alocação de recursos do SUS. Tem composição paritária formada por 18 membros, sendo seis indicados pelo Ministério de Saúde, seis pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde, e seis pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. A representação de Estados e Municípios nessa Comissão é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões do país.

1.6.2 Comissão Inter- Gestora Bipartite:

É constituída paritariamente por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde, indicados pelo Conselho Municipal de Saúde, incluindo obrigatoriamente o Secretário Municipal de Saúde da capital. E nelas se formam a estrutura decisória do SUS, enquanto estratégia de coordenação e negociação do processo de elaboração das políticas de saúde nas três esferas de governo, perfeitamente articuladas entre si.

A criação desses Colegiados de Gestão Regional de Saúde – CGRS, no nível das regiões de saúde, é, pois:

“Considerado também uma inovação gerencial, pois efetiva a articulação permanente e contínua entre todos os municípios e o estado, na região de saúde na qual está inserido. Criado basicamente a partir do chamado pacto pela saúde’, onde todos os gestores dos municípios têm assento e voz garantida por meio do processo de pactuação, na busca de garantir o gerenciamento das demandas dos diferentes interesses regionais necessários para aquele território”.
(Série Pactos pela Saúde 2006- volume 10).

Trata-se também de um sistema político-administrativo pensado para o processo de descentralização, por meio da transferência de responsabilidades e recursos do nível federal para as esferas estaduais e municipais de governo, com ênfase na municipalização. A política de regionalização foi editada também a partir das NOB's, especialmente as de nº 93 e 96, que se voltaram mais direta e imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos táticos de orientação à operacionalidade do Sistema Único de Saúde.

Desta forma, a NOB nº 96 consolidou o processo de municipalização do SUS, ampliando a autonomia dos Municípios, pelo recebimento de transferências dos recursos financeiros desvinculados de gastos específicos estabelecendo novos mecanismos de gestão, criando a Programação Pactuada Integrada – PPI, instituiu as modalidades de gestão básica e plena do sistema, além de ter incorporado alguns avanços como o Piso de Atenção Básica – PAB e o incentivo à saúde da família, uma vez que, segundo Santos:

“É possível identificar outra modificação de envergadura promovida pela nova proposta de gestão e financiamento da saúde. Compreende a concepção de provimento de serviço pelo sistema de saúde no qual a oferta passa a ser controlada pela demanda por meio da criação de porta de entrada para o atendimento de alta e média complexidade a partir do fortalecimento da atenção básica essa proposta seria viabilizada pelos programas Saúde da Família e programa Agente Comunitário de Saúde. ” (Santos, 2000, p 112).

Onde:

[...] A proposta de reforma administrativa da saúde estava constituída em termos operacionais a partir de três estratégias fundamentais: a descentralização; a criação dos subsistemas de entrada e controle do subsistema de referência ambulatorial e hospitalar; e o sistema de informação. (Santos, 2000, p 113).

O autor explicita ainda que existem três instrumentos básicos para a transferência de recursos financeiros, a saber:

“[...] - Piso de Atenção Básica / PAB (fixo e variável): corresponde aos recursos de atenção básica de acordo com a distribuição por critério per capita. Inicialmente destinaria, segundo a primeira proposta apresentada pelo Ministério da Saúde, R\$ 12,00/ano para os municípios habilitados na atenção básica e plena dos Sistemas de Saúde. Acabou sendo fixado definitivamente o valor de R\$ 10,00/ano per capita. Anteriormente os repasses financeiros eram realizados mediante a apresentação de produção de serviços. A produção de sistema continua sendo referencial, mas agora na atenção básica são automáticas. Considera que os municípios de pequeno porte que antes tinham dificuldades para alocar recursos para atenção básica, devido muitas vezes a fragilidade de sistema de controle interno dos serviços ofertados, agora deve receber um incremento financeiro considerado que tem elevado o orçamento da saúde. A portaria nº 1882/97 do Ministério da Saúde deixa claro que os recursos do PAB são exclusivos para atenção básica e são compostos de uma parte fixa e outra variável. [...] - Teto Financeiro da Assistência do Município/TFAM: corresponde ao financiamento das ações assistenciais de saúde (hospitalar, ambulatorial e domiciliar), sendo transferido diretamente fundo a fundo para os municípios em gestão plena de saúde. O montante de recurso é definido pela CIB de acordo com a disponibilidade prevista pelo Ministério da Saúde e com o pacto com o Estado. Por meio da portaria nº 1883/97 o Ministério da Saúde fixou para 1998 em R\$ 9.018.000.000,00 os recursos do Teto Financeiro de Assistência; - Programa de Pactuação Integrada/ PPI: regulamentado pela instrução normativa nº 01/97 do Ministério da Saúde, este instrumento acabou se transformando em um dos maiores motivos para a aceleração do processo de descentralização,

particularmente no estado do Pará. Trata-se do planejamento as ações assistenciais previstas para serem realizadas no próprio município ou pactuadas com outros. [...]. De alguma forma, o Ministério da Saúde terá como recorrer a um instrumento que lhe possibilitará avaliar os sistemas estaduais e municipais de saúde por meio da verificação do nível de organização do modelo de atenção assistencial e do modelo de gestão. ” (Santos, 2000 p. 113-114.).

Para Santos (2000), esta perspectiva de opção exacerbada pela organização do sistema de saúde, não prioriza a difusão de práticas preventivas de saúde, e sim enfatiza a racionalidade do sistema a partir dos serviços prestados no âmbito da média e alta complexidade visando uma suposta melhoria da qualidade dos serviços para o cidadão usuário do sistema.

Assim, pode-se dizer que no sistema de saúde brasileiro considerando a sua oferta, o mesmo é composto, principalmente, por serviços privados, constituindo-se num dos maiores mercados de compra e venda de serviços de saúde do mundo, cuja oferta pública fica aquém da oferta privada, especialmente no que diz respeito ao seu sistema de acesso.

1.7 CARACTERIZANDO O MODELO PORTUGUÊS

Nesta etapa, cumpra-se descrever o sistema de saúde português, seguindo a mesma lógica histórica apresentada por Campos & Simões (2011), enfatizando mesmo que brevemente, o período compreendido após a Revolução de abril de 1974 e algumas Políticas Públicas mais recentes implementadas no ano de 2011, que tem semelhança com o sistema de saúde brasileiro e que influenciaram o processo de gestão e atuação dos profissionais da área como um todo nos Serviços de Saúde Pública e/ou Privada, em Portugal.

Segundo Campos & Simões (2011) logo após a Revolução de 25 de abril de 1974 foram lançadas as bases da criação do Serviço Nacional de Saúde – SNS, com o objetivo de lançar os fundamentos de uma nova política econômica, adotando uma nova política social. Para essa trajetória, tal como na política brasileira, desenvolveram-se as ideias descentralizadoras e regionalizadoras embasadas na forte crítica ao modelo, então vigente no país, acusando-o de centralizador e burocratizante, que culminou no chamado Estado Paralelo ou Estado Constitucional.

“Na saúde, este fenômeno do Estado paralelo teve uma especial tradução, com o artigo 64º da Constituição a consagrar o direito a proteção à saúde através da “criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito” e a estabelecer ao Estado a obrigação de “orientar a sua nação para a socialização da medicina e dos setores médicos-medicamentosos”. ” (Campos & Simões, 2011. P 122).

Nesse período foi aprovada a Lei do Serviço Nacional de Saúde de 1979- Lei nº 56/79, de 15 de setembro, abandonando explicitamente o projeto de Estado e de sociedade de bases socialistas previstas na Constituição.

“[...] este diploma representou o primeiro modelo político de regulamentação do artigo 64º da Constituição e defendia um conjunto coerente de princípios, de que se destacam a direção unificada do serviço nacional de saúde, a gestão descentralizada e participada e ainda a gratuidade e o caráter supletivo do setor privado.” (Campos & Simões, 2011. P 122).

Os autores destacam ainda, outras mudanças de ordem bem práticas no Sistema de Saúde Português:

“Ainda em 1975-através do decreto-lei nº488/75, de 4 de setembro-são criadas as administrações distritais de saúde, como órgãos desconcentrados de integração regional de todas as instituições públicas do distrito, dirigidas por um conselho de administração integrando representantes dos municípios e dos sindicatos. Em 1979, em execução da lei do SNS que previa órgãos regionais integrados, estas administrações distritais foram regulamentadas, mas o diploma viria a ser revogado pelo governo seguinte. Em 1982, um governo da aliança democrática reformulou estes órgãos, retirando-lhes as competências sobre os hospitais e a área da saúde mental. ” (Campos & Simões, 2011. P 124).

Do balanço feito desse período, Campos & Simões (2011) afirmam que apesar da fragilidade do sistema, na segunda metade da década de 1970, a cobertura da população quase duplicou, apresentando uma melhora substancial dos principais indicadores de saúde e foram ofertados à saúde, recursos que até então não se dispunha.

Em contrapartida, os autores revelam que:

“Quanto aos gastos privados e contrariamente ao que seria de esperar, face ao discurso político e aos diplomas publicados, os portugueses gastaram mais em saúde, em percentagem do PIB, do que a média dos países da EU (União Europeia). Os gastos privados em Portugal aumentaram, em percentagem do PIB, de 1,4% em 1974 para 1,9% em 1980, ou seja, o esforço das famílias para financiar a saúde foi quase tão elevado como o esforço do Estado, demonstrando que não alcançou o objetivo da gratuidade. No mesmo espaço de tempo, não se registou aumento percentual dos gastos privados médios da EU, o que significa que o esforço para pagar o aumento do custo em saúde foi, nesses países, fundamentalmente realizado por fundos públicos, contrariamente ao que aconteceu em Portugal. Aliás, assinala-se, no nosso país, o forte crescimento dos gastos privados de 1974 para 1975. Tal significa, também, que o setor privado não saiu prejudicado com o discurso e as normas que responsabilizavam de uma forma tão clara o Estado com a saúde dos portugueses. ” (Campos & Simões, 2011. P 127).

Já em relação aos trabalhadores na saúde houve um aumento incipiente e gradativo, uma vez que:

“Neste período é notório o aumento dos efetivos no setor da saúde, entre 1974 e 1980, a que corresponde um crescimento de 10% e, em termos absolutos, um aumento de, aproximadamente, 9 mil pessoas. ”
“No entanto, estes valores quando comparados com os valores médios da EU, são modestos. Porém, no respeitante à médicos, Portugal estava muito próximo da média europeia, com um aumento percentual, neste período, de cerca de 70%.
O número de enfermeiros também teve uma evolução positiva neste período, de cerca de 20% (de 18 593, em 1975, para 22 144, em 1980) [...]” (Campos & Simões, 2011. P 127).

E por fim, em relação às políticas implementadas pelo Estado, por meio do Governo do PS «Partido Socialista» em 2011, diz-se:

“Os três objetivos centrais do programa do governo traduziam-se na criação das Unidades de Saúde Familiar, a criação da rede de cuidados continuados integrados e assegurar boas contas no SNS.
Quanto ao primeiro objetivo, a Unidade de Saúde Familiar (USF) teria por missão e responsabilidade manter e melhorar o estado de saúde das pessoas por ela abrangidas, através da prestação de cuidados de saúde gerais, de forma personalizada, com boa acessibilidade e continuidade abrangendo os contextos sócio familiares dos utentes. [...]”

Quanto ao segundo objetivo central do programa de governo, em 2006 é aprovado o diploma que criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados de Saúde a Idosos e Dependentes (RNCCI). [...]

O terceiro objetivo central do programa do governo consistia em assegurar boas contas no SNS.

As medidas de consolidação orçamental concentraram-se em dois capítulos da despesa que representam mais de um terço dos respectivos gastos públicos: Os medicamentos, tanto os vendidos nas farmácias, como os dispensados em hospitais e as convenções com meios complementares de diagnóstico e terapêutica celebradas entre o SNS e prestadores privados. ” (Campos & Simões, 2011. P 154-156).

E a semelhança do modelo brasileiro, ressalta-se ainda:

“O SNS envolve todos os” cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social, conforme promulgado pela Constituição de Portugal de 1976, o Serviço Nacional de Saúde - SNS tem gestão descentralizada e participada, e tem como objetivo a efetivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na proteção da saúde individual e coletiva.

O SNS possui autonomia administrativa e financeira, estrutura-se numa organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos de âmbito central, regional e local, e dispõe de serviços prestadores de cuidados de saúde primários e serviços prestadores de cuidados de saúde diferenciados. ” (Gomes, 2014, p.16/17)

1.8 CARACTERIZANDO O MODELO AMERICANO E O MODELO DA UNIÃO EUROPEIA

Considerando os modelos históricos abordados no início do tópico, segundo Campos & Simões (2011), em relação aos países pertencentes à Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico - OCDE, existem três modelos de financiamento, ou pagamento de cuidados com a saúde, a saber:

“1) O sistema de seguro privado voluntário, que cobre indivíduos ou grupos, sendo os prêmios fixados em função das características do risco. Somente em dois países, EUA e Suíça, os seguros privados cobrem os mais importantes riscos de saúde para a maioria da população, embora na suíça as seguradoras estejam sujeitas a um apertado controle para que a avaliação do risco seja coletiva e não individual. Na maior parte dos outros países da OCDE, os dispositivos privados podem ainda desenvolver uma outra função: complementar as respostas públicas, a população pode subscrever um seguro privado complementar para cobrir o co- pagamento exigido pelo sistema público, para beneficiar de melhores condições de hospitalização, para poder se beneficiar de tratamento privado, ou para encontrar respostas para riscos não cobertos pelo seguro público.

2) O sistema de seguro social, obrigatório e quase universal, que funciona no âmbito de caixas de seguro –doença, em regra geridas por entidades sociais, mas submetida à supervisão de organismos públicos. Estas seguradoras sociais realizam uma “mutualização” dos riscos e os prêmios são normalmente fixados em função dos rendimentos. A disparidade de cobertura de riscos é por vezes compensada com a intervenção dos governos. A inscrição é obrigatória em certos casos (baixos rendimentos, em regra) e o sistema, em muitos países, cobre praticamente toda a população.

3) Finalmente, o financiamento por imposto, que se pode organizar de dois modos. Num primeiro modelo – Integrado- o financiamento e a prestação são assegurados por um só organismo público que recebe do orçamento dos Estados, as verbas de que necessita; em outro modelo – Contratualizado- A prestação de cuidados é realizada por serviços estatais ou por entidades privadas contratadas pelos fundos públicos autônomos. ” (Campos & Simões, 2011. P 43).

Desta maneira, os autores enfatizam em relação a esse sistema:

“A gestão institucional de um serviço nacional de saúde é pública, podendo a prestação ser pública ou, cada vez mais, contratualizada. Geralmente os cuidados de saúde são gratuitos ou quase gratuitos no momento de acesso. A propriedade das unidades prestadoras é normalmente pública-ainda que tal não seja forçosamente assim- e o financiamento é assegurado por um organismo público que recebe do Orçamento do Estado as verbas de que necessita. ” (Ibidem, 2011).

Assim, segundo Campos & Simões (2011) o debate sobre o financiamento da saúde perpassa duas grandes questões: de um lado a sustentabilidade, de outro, a equidade. Estes são em geral, os dois aspectos que mais afetam as decisões da gestão em saúde pública, ficando

evidente que as medidas que promovem a sustentabilidade financeira conduzem a uma maior despesa privada, colocando em risco o objetivo da equidade.

“Na França, o sistema de saúde assenta, também, num seguro social, criado em 1945. Em julho de 1999 foi decidida a cobertura universal do seguro para os residentes no país através da criação da CMU (Couverture Maladie Universelle), visando garantir a cobertura de 1% da população que estivera excluída até então.

O seguro social inclui três esquemas, que cobrem cerca de 95% da população: O regime geral (Régime General) cobre trabalhadores do comércio e indústria e suas famílias, e beneficiários da CMU; O esquema agrícola (Mutuelle Sociale Agricole-MSA) cobre agricultores, trabalhadores agrícolas e suas famílias, que representam cerca de 7% da população; E o fundo nacional para trabalhadores por conta própria não agrícolas (Régime Social Des Independents –RSI), que representam cerca de 5% da população. Os funcionários públicos, mineiros, empregados da companhia de caminhos-de-ferros nacional, o clero, e trabalhadores do Banco Central têm sistema de cobertura autônomos, já existentes antes de 1945. [...] num esforço de consolidar o seguro social os três esquemas principais o (Régime General, MSA e o RSI) estão agora agregados numa estrutura federativa (a Union Nationale Des Caisses d'Assurance Maladie), que surge como única entidade nas negociações com o Estado e os prestadores.

Na Holanda, todos os residentes no país estão cobertos por um esquema de seguro único, obrigatório e universal regulamentado pelo direito privado. [...] Todos os residentes são agora obrigados a pagar um prêmio nominal- independente do rendimento, da idade ou do estado de saúde- definido por cada seguradora e por ela recebido diretamente, para acenderem a um pacote básico de cobertura. Os indivíduos são livres de escolher a seguradora que entenderem, podendo mudar uma vez por ano. [...]

O sistema de saúde do Reino Unido assenta num serviço nacional de saúde, criado em 1948, e baseado no princípio da responsabilidade da sociedade por assegurar um serviço gratuito no ponto de acesso e acessível a todos os residentes. O SNS é financiado em cerca de 79%, pelos impostos gerais, e em 16% pelas contribuições para o National Insurance (equivalente a segurança social). O SNS obtém ainda cerca de 2% das suas receitas através de co-pagamentos dos doentes.

Para além do SNS, os indivíduos são livres de adquirir um seguro privado adicional; Cerca de 11% da população tem algum seguro deste tipo, sendo que os seguros baseados no emprego são o setor que maior crescimento tem apresentado. [...]. Os médicos da família são responsáveis, desde a fundação do SNS, pelo papel de gatekeeper, sendo, portanto, peças fundamentais no racionamento no interior do sistema e na articulação entre cuidados de saúde primários e hospitalares. ” (Campos & Simões, 2011. P 46-47).

CAPÍTULO II - METODOLOGIA

2.1 TIPO DE ESTUDO

Com vista nos objetivos propostos, o presente estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica e empírica embasada no enfoque qualitativo e analítico descritivo, que segundo Teixeira (2007, p. 124) “o pesquisador procura reduzir a distância entre a teoria e os dados, entre o contexto e a ação, usando a lógica de análise fenomenológica, isto é, da compreensão dos fenômenos pela sua descrição e interpretação”. Este enfoque foi operacionalizado por meio de pesquisa de campo do tipo exploratório-descritiva.

De acordo com Teixeira (2007, p. 124), o estudo exploratório “permite ao pesquisador aumentar sua experiência em torno de um tópico problema, podendo servir de ponto de partida para estudo descritivo, em que o pesquisador é o que estuda sobre o tópico problema”.

Nesta perspectiva, a pesquisa de campo ou pesquisa exploratória de caráter analítico-descritiva, refere-se à percepção dos enfermeiros sobre a sua prática institucional. A adoção desse método se deve ao interesse que se tem em retratar a complexa dimensão do objeto em questão, por meio empírico.

2.2 LÓCUS DA PESQUISA

Assim, com o objetivo de delimitar a pesquisa, elegeu-se como *lócus* a **Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna – FPEHCGV**, popularmente conhecida como ‘**HC**’- **Hospital de Clínicas**, situado na TV. Alferes Costa s/nº, bairro da Pedreira, Belém-Pará. A escolha deu-se em razão de ser a única Instituição de referência no Estado, especializada em psiquiatria e de renomado conceito na área, buscando assim superar a mera descrição dos dados, concentrando todo esforço na focalização do problema levantado.

2.3 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O presente estudo foi conduzido conforme a Resolução 466/12 da Comissão Nacional Ética na Pesquisa, que regulamenta as diretrizes e normas da pesquisa envolvendo seres humanos. Dessa forma, os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE, após terem sido informados sobre os objetivos, métodos, benefícios previstos ou potenciais riscos da pesquisa e garantido anonimato.

2.4 UNIVERSO DO ESTUDO/SUJEITOS DA PESQUISA

A pesquisa de campo foi realizada junto aos enfermeiros da Clínica Psiquiátrica da FPEHCGV/Belém-PA, por meio da aplicação de questionário com perguntas fechadas e abertas, nos meses de outubro e novembro de 2014.

Foram escolhidos como sujeitos da pesquisa quatro «04» enfermeiros assistentes do turno da manhã; quatro «04» enfermeiros assistentes do turno da tarde, seis «06» enfermeiros do turno da noite e uma «01» enfermeira que exerce a função de GT ‘Gerente de Trabalho’ de Enfermagem. Esse universo correspondeu a 100% dos profissionais ali lotados, todos com mais de dois «02» anos de atividade naquele setor e que atuam em diferentes turnos de funcionamento da Unidade (manhã, tarde e noite). Dos 15 questionários distribuídos, apenas 13 foi respondido, o que correspondeu a 87% do total de questionários distribuídos.

2.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Os critérios de inclusão restringem-se aos profissionais que atuam como enfermeiros e/ou como gestores na Unidade de Psiquiatria da FPHCGV/Belém-PA., que estavam em atividades há mais de noventa dias e que aceitaram espontaneamente participar da pesquisa.

2.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Foram excluídos quaisquer indivíduos que não se encontravam dentro do critério de inclusão, além de profissionais que estavam atuando como enfermeiro e/ou como gestor na Instituição há menos de noventa dias nessas funções, os que estavam de férias ou afastados por algum motivo e aqueles que não quiseram participar da pesquisa.

2.7 MÉTODO DE CONSTRUÇÃO E ANÁLISE DA PESQUISA

Para a trajetória e desenvolvimento da pesquisa, adotaram-se as seguintes etapas ou procedimentos: 1) Primeiro foi feita uma pesquisa bibliográfica sobre o tema nas bibliografias pertinentes, as quais constituíram o ‘*corpus*’ da pesquisa; 2) Depois foi solicitado autorização à direção da FPEHCGV- Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, em Belém-PA para realização da pesquisa empírica exploratória, a ser submetida à avaliação do Comitê de Ética da própria Fundação; 3) em seguida foi feito um estudo mais aprofundado, uma descrição analítica de toda bibliografia levantada, que serviu de fundamentação teórica para o desenvolvimento do tema proposto, que foram submetidos à análise inferencial com vistas a emergirem os respectivos quadros referenciais subjacentes no conteúdo das bibliografias estudadas.

2.8 ESTRATÉGIAS E INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS DA PESQUISA

Para a coleta dos dados, foi aplicado questionário (Apêndice I) com perguntas “fechadas e abertas” previamente estruturadas, que foram respondidas após a aceitação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice II) pelos enfermeiros gestores/assistenciais do serviço de enfermagem da Unidade de Psiquiatria da FPEHCGV/Belém-PA, enquanto instrumento de coleta de dados sobre o tema aqui explicitado, com vistas à obtenção de informações acerca do perfil profissional dos sujeitos participantes da mesma, bem como a caracterização de atividades dos enfermeiros/gestores e questões sobre o processo de trabalho dos mesmos. Vale ressaltar que o processo de coleta de dados, só teve início após aprovação do Comitê de Ética da Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna/Belém-PA.

2.9 ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente foi feito a tabulação dos dados e em seguida a análise qualitativa das respostas das perguntas abertas. Para Minayo (1994), a análise qualitativa é necessária quando se quer retratar um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com o universo de significados, motivos, aspirações, valores e atitudes, um processo mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos e não apenas a realização de certas operações com as variáveis.

Nesta perspectiva, utilizou-se o método analítico-descritivo para tabulação das respostas dadas, seguindo a mesma lógica de Minayo (1994), onde o analítico se deve ao fato de envolverem o estudo e avaliação aprofundados de informações disponíveis na tentativa de explicar o contexto de um fenômeno, e Triviños (1990, p. 110), que diz, que o descritivo “exige do investigador uma precisa delimitação de técnicas, métodos, modelos e teorias que orientarão a coleta e interpretação de dados”. Já para Gil (2001, p 42), “tem como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou então, o estabelecimento de variáveis”.

2.10 CONHECENDO O *LÓCUS* DA PESQUISA: Breve Histórico

A Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna- FPEHCGV, foi criada pela Lei Nº 6.304 de 6 de julho de 2000, é uma Instituição de direito público, sem fins lucrativos, vinculada à Secretaria Especial de Estado e Proteção Social, que tem autonomia técnica, administrativa e financeira. Foi concluída em setembro de 2000, mas sua inauguração oficial só ocorreu no dia 1º de abril de 2001, com a presença do então Governador Almir Gabriel e do Ministro da Saúde, José Serra. O projeto de construção do hospital teve início em 1982, numa área que era ocupada pelo Centro Comunitário Brigadeiro Eduardo Gomes, localizado na TV. Alferes Costa, S/N, no bairro da pedreira em Belém-PA. O Hospital foi batizado com o nome de Hospital de Clínicas ‘Gaspar Vianna’, em homenagem ao grande médico e cientista paraense Gaspar de Oliveira Vianna.

Passou por processo de ampliação iniciada em 1998 com o financiamento do projeto REFORSUS, do Ministério da Saúde e Banco Mundial, em parceria com o Governo do Estado do Pará. Após esta obra, o HC deixa de ser um estabelecimento voltado apenas para as Clínicas Básicas e passa a ser referência em Cardiologia, e Nefrologia e Psiquiatria e passa a se chamar ‘ Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna’. Cuja missão é “Assegurar à população, soluções no atendimento ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade com excelência e humanismo, assim como contribuir para o ensino e pesquisa na área de saúde”.

Hoje, a FPEHCGV- é referência em Cardiologia, Nefrologia e Psiquiatria oferecendo 242 leitos para internações em Clínica Médica, Clínica Cardiológica, Clínica Cirúrgica, Clínica Pediátrica, Clínica Ginecológica e Obstétrica e Clínica Psiquiátrica, voltadas prioritariamente a pacientes com perfil dessas três referencias. Disponibilizam ainda, leitos em UTI neonatal, Clínica, Cirúrgica e Pediátrica e 15 máquinas de Hemodiálise.

A Fundação Hospital de Clínicas “Gaspar Vianna” também desempenha importante papel na área de Ensino e Pesquisa, por meio da realização de eventos científicos e cursos de Pós-graduação, oferta de Estágios e Residência Médica, em parcerias com as principais Instituições de Ensino Superior em nosso Estado como: Universidade Federal do Pará UFPA; Universidade Estadual do Pará – UEPA; Universidade da Amazônia - UNAMA e Centro de Estudos Superiores da Amazônia – CESUPA.

2.11 CONHECENDO A UNIDADE E O PROGRAMA DE PSIQUIATRIA DA FPEHCGV-BELÉM/PA.

A Unidade de Psiquiatria da FPEHCGV- BELÉM/PA tem como visão de futuro proporcionar assistência com eficiência e eficácia à clientela internada no Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, utilizando tecnologia atual, baseada nas diretrizes da Política Nacional de Humanização, integrando equipe, família e paciente, valorizando o processo de recuperação da saúde. Sua missão essencial consiste em atender aos usuários com transtornos mentais

agudos, oferecendo Atenção Multidisciplinar, Apoio Diagnóstico e Terapêutico Especializado. E tem como objetivos principais:

- Prestar assistência integral aos pacientes com transtornos mentais agudos que estejam em risco de violência a terceiros, suicídio ou tentativa de suicídio, estupor depressivo, excitação maníaca, automutilação, juízo crítico acentuadamente comprometido, severa autonegligência, comportamento bizarro, quadros agudos de ansiedade e síndromes conversivas;
- Favorecer o desenvolvimento da Rede de Assistência em Saúde Mental através de atividades de educação continuada para capacitação de profissionais da área da saúde e ações de integração com a comunidade.

O Serviço de Clínica Psiquiátrica localiza-se no Bloco I, área térrea do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, constitui-se dos setores de Urgência e Emergência Psiquiátrica e Internação Breve - SIB, obedecendo a seguinte distribuição de leitos:

SETOR	NÚMEROS DE LEITOS
Urgência e Emergência	30
Setor de Internação Breve	30

Quadro II – Distribuição de leitos dos setores de acolhimento psiquiátrico da FEHCGV

Fonte: Manual de Organização da Clínica Psiquiátrica (2012).

2.11.1 SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA:

Destina-se ao atendimento de pacientes em fase aguda do transtorno mental com características de emergência psiquiátrica, prestando assistência integral em período de até 72 horas. Onde são avaliados pacientes com demanda espontânea e/ou referenciada, portadores de casos de psicose com risco de agressão, acidente e suicídio, estes são medicados e internados. Os demais casos são avaliados, medicados e encaminhados com orientação terapêutica para o médico generalista das Unidades Básicas de Saúde ou CAPS. Crianças são

avaliadas, medicadas, conforme a necessidade e encaminhadas ao CAPS, e se for do interior do Estado, retornam com orientação terapêutica para o médico generalista das UBS ou CAPS, se existir na localidade, mas em alguns casos são transferidos para o setor de internação da própria unidade.

Para o atendimento da demanda da emergência psiquiátrica, o setor conta com a seguinte estrutura básica: uma «01» recepção; uma «01» sala de observação com cinco «05» leitos; três «03» enfermarias femininas com doze «12» leitos; três «03» enfermarias masculinas com doze «12» leitos; um «01» leito para criança/ adolescente; três «03» postos de enfermagem; três «03» Consultórios Médicos; uma «01» sala de Terapia Ocupacional; um «01» Consultório de Enfermagem; um «01» consultório de Psicologia; duas «02» salas de Serviço Social; uma «01» sala de apoio administrativo; quatro «04» banheiros para pacientes; dois «02» banheiros para funcionários; um «01» expurgo; uma «01» copa e um «01» sala de repouso para equipe técnica

2.11.2 SETOR DE INTERNAÇÃO BREVE:

Funciona atendendo pacientes em crises psicóticas agudas que necessitem de internação por período superior há 72 horas, não podendo ultrapassar um período máximo de trinta «30» dias. O atendimento ao paciente é realizado por equipe multiprofissional que atua de acordo com suas especificidades. São realizados atendimentos individualizados e em grupo. Ressaltando que dos trinta leitos do setor de internação breve, quatorze «14» são destinados a pacientes do sexo feminino, quatorze «14» para o sexo masculino e dois «02» para crianças e adolescentes; dois «02» Postos de Enfermagem; dois «02» refeitórios; quatro «04» Consultórios Médicos; uma «01» sala de Terapia Ocupacional; duas «02» salas de jogos e leitura; dois «02» expurgo; seis «06» banheiros para os pacientes; dois «02» banheiros para funcionários; duas «02» salas de repouso para equipe técnica; uma «01 » sala de reunião; uma «01» sala de Chefia Medica; uma «01» sala de Chefia de Enfermagem; uma «01» rouparia; duas «02» salas de material de limpeza; um «01» solário e uma «01» área para atividades físicas.

Nas internações com tempo previsto de setenta e duas «72» horas, o paciente é medicado preferencialmente por via parenteral, recebe cuidados de enfermagem, avaliação médica e psicossocial diária registrada na evolução técnica do mesmo. Neste período ele (paciente) poderá receber alta por melhora, por disciplina ou por transferência, mesmo antes de 72hs. Mas, se após as setenta e duas «72» horas, não houver melhora compatível com a alta, o paciente pode continuar internado por período máximo de trinta «30» dias. Neste caso, além dos cuidados básicos, este passa a participar de atividades de Terapia Ocupacional, grupos de reflexão, autocuidado, atividades de educação física e atividades recreativas, além de atendimento à família.

De acordo com o Manual de Normas e Rotinas da Clínica Psiquiátrica da FPEHCGV (2012), a equipe multidisciplinar, em reunião pode também prescrever os cuidados a serem adotados, as atividades terapêuticas e os encaminhamentos necessários, bem como deliberar sobre a alta de pacientes. Existem casos, que por questões de grave risco social como abandono de familiares, situação de rua, e de pacientes oriundos de outros Estados, que podem permanecer internados por período superior aquele clinicamente estipulado.

Após a equipe deliberar pela alta, o médico assistente procede a alta na evolução, faz a prescrição de alta com medicação para dez (10) dias e encaminhamento para o Ambulatório de Crise da FHC GV, ou ainda para a rede pública, ou seja, para os CAPS, para onde são encaminhados pacientes com dificuldade de socialização e que necessitam de atenção psicossocial continuada, e para as UBS os que necessitem apenas de tratamento medicamentoso.

Para melhor entendimento do fluxo de entrada e saída de pacientes/usuários durante a internação foi elaborado pela própria equipe de gestores e enfermeiros, que atuam na Unidade de Psiquiatria da FPEHCGV/BELÉM-PA, um fluxograma que explicita todo essa movimentação. (Apêndice III).

2.11.3 PRINCIPAIS PRÁTICAS E PROCESSOS NO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DA

UNIDADE DE PSIQUIATRIA DA FPEHCGV/BELÉM-PA:

Com vista a assegurar a Assistência Integral e Especializada aos pacientes que buscam o pronto atendimento de urgência, e aos que estão internados, o corpo técnico de enfermagem está organizado em três categorias básicas de atuação, qual seja: O GT ‘Gerente de Trabalho’ de enfermagem, enfermeiros assistenciais, técnicos de enfermagem, cujas principais características/atribuições dentro da Unidade de Psiquiatria da FPEHCGV/BELÉM-PA, são apresentadas nos tópicos a seguir:

2.11.4 AS ATRIBUIÇÕES DO GT DE ENFERMAGEM:

É o enfermeiro lotado na FPHCGV, que recebe função gratificada para planejar, estruturar, organizar, supervisionar, avaliar e dirigir os serviços de enfermagem, assegurando a qualidade da assistência de acordo com as diretrizes e as ações previstas no Planejamento Estratégico da Unidade de Psiquiatria da Instituição.

Desta maneira suas atribuições, entre outras coisas, são:

“Planejar, organizar, supervisionar e coordenar a assistência de enfermagem da clínica psiquiátrica; Avaliar sistematicamente as ações de enfermagem prestadas ao paciente e a família; Elaborar escala de serviço mensal do Serviço de Enfermagem encaminhando-a à sua Chefia Imediata; Elaborar escala de férias e recesso da equipe de enfermagem; Participar do planejamento de educação e treinamento em serviço da equipe de enfermagem; Convocar e coordenar reuniões periódicas com sua equipe; Acompanhar o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem por meio de dados estatísticos; Monitorar, supervisionar e encaminhar o sistema de movimentação do paciente (censo hospitalar); Fazer anotações e supervisionar o registro nos livros de ordens e ocorrências; Supervisionar a manutenção e organização dos documentos que compõem o prontuário; Participar de consultorias e auditoria em assuntos de enfermagem; Encaminhar planilha e relatório de plantões remunerados a Chefia do Serviço de Enfermagem; Encaminhar ficha de controle de absenteísmo; Solicitar a avaliação médica ou de outros profissionais aos pacientes que apresentarem intercorrências e/ou compilações do tratamento; Solicitar ao Chefe da Clínica, equipamentos e materiais técnicos necessários ao bom funcionamento do setor; Monitorar o funcionamento de equipamento e materiais técnicos, garantindo a qualidade da assistência; Fazer a avaliação de desempenho do pessoal de enfermagem; Planejar em conjunto com a Chefia do Serviço de Enfermagem o dimensionamento de recursos humanos de enfermagem para a clínica psiquiátrica.” (Manual de Normas e Rotinas da Clínica Psiquiátrica/FPEHCGV.2012).

2.11.5 AS ATRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO ASSISTENCIAL

É responsável tanto pelas atividades diretamente relacionadas a assistência de enfermagem, como também pelas atividades de gerenciamento e coordenação de equipe, que no caso em questão são os técnicos de enfermagem que estão diretamente a ele subordinados. Para melhor compreensão das atribuições, da rotina e da divisão de tarefas entre o enfermeiro gestor e o assistencial, segue quadro abaixo:

ATIVIDADES DE ASSISTENCIA	ATIVIDADES DE GERENCIA
Avaliar os pacientes diariamente observando a evolução dos mesmos	Planejar, executar e Sistematizar a Assistência de Enfermagem.
Atuar nas emergências ocorridas na Unidade; Convocar e participar de reuniões periódicas com a equipe de enfermagem.	Coordenar, controlar, supervisionar e avaliar os cuidados de Enfermagem e outros procedimentos desenvolvidos pelos técnicos de enfermagem.
Prestar assistência direta aos pacientes graves, acompanhando a evolução do seu tratamento.	Elaborar escala de atividades diárias do pessoal de enfermagem.
Realizar procedimentos de maior complexidade tais como: curativos extensos e infectados, cateterismo vesical de alívio ou de demora, cateterismo nasogástrico, orogástrico, instalação de PVC, oxigenoterapia e outros.	Fazer e/ou supervisionar as anotações e registros de admissão, transferência e alta do paciente.
Acompanhar as visitas médicas registrando fatos ou prestando informações que facilitem o diagnóstico e o tratamento do paciente.	Orientar e supervisionar a solicitação e devolução de material do CME.
Colaborar com o médico na realização de exames ou auxiliá-lo em procedimentos invasivos ou em outros.	Desenvolver programas de treinamento em serviço e educação continuada para o pessoal de enfermagem.
Receber os prontuários com as prescrições médicas e tornar as medidas necessárias	Manter controle da movimentação de paciente internados, através do Censo Hospitalar realizado às 24hs de cada dia
Orientar, supervisionar e/ou realizar o preparo do paciente para exames e intervenções cirúrgicas, prescrevendo os cuidados necessários.	Registrar e supervisionar as anotações nos livros de controle diário de materiais e equipamentos da clínica, bem como no livro de Ordens e Ocorrências da Clínica e outros.

Orientar o paciente e o acompanhante por ocasião da alta hospitalar	Comunicar ao serviço de Nutrição e Dietética as admissões, altas e transferências de pacientes.
Registrar nos prontuários do paciente os cuidados de enfermagem realizados.	Supervisionar o encaminhamento ao Serviço de Hemoterapia os pedidos de sangue e derivados anotando no prontuário da administração do material recebido.
Encaminhar os pacientes para os demais serviços que se fizerem necessários.	Revisar diariamente todo o material de emergência, verificando o funcionamento dos equipamentos existentes na clínica.
Acompanhar o paciente no pré, trans. e pós-operatório, além de exames especiais, conforme necessidade.	Observar condições de funcionamento dos equipamentos e instrumentos da Unidade.
	Avaliar periodicamente o pessoal de enfermagem quanto ao desempenho e habilidades.
	Fazer relatório das ocorrências que requeiram cuidados especiais, observadas no decorrer do plantão.
	Supervisionar o agendamento de exames e atos cirúrgicos solicitados, procedendo aos encaminhamentos que o caso requer.
	Integrar com o serviço de Farmácia hospitalar no processo de manutenção da padronização de medicamentos e controle de entorpecentes e psicotrópicos.
	Realizar treinamento em serviço para os funcionários sob sua supervisão, admitidos na unidade.
	Supervisionar as solicitações de pedidos de materiais para abastecer a unidade, tais como: medicamentos, impressos, soluções e outros.
	Acionar o plantonista, quando necessário.

Quadro III - Principais elementos da prática de enfermagem, no Serviço de Enfermagem da Unidade de Psiquiatria da FPEHCGV/BELÉM-PA

Fonte: Manual de Normas e Rotinas da Clínica Psiquiátrica/FPEHCGV (2012)

CAPÍTULO III: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os dados da pesquisa de campo tiveram estreita relação com os objetivos propostos, fazendo a correlação com a teoria estudada nas bibliografias pertinentes ao tema. Estes foram analisados em duas etapas sucessivas: leitura dos questionários respondidos, tabulação e análise destes, com o objetivo de responder aos questionamentos levantados, quais sejam: 1) Qual o papel do enfermeiro gestor na unidade da FPEHCGV-BELÉM/PA? ; 2) Qual o perfil do enfermeiro que atua na gestão da unidade de psiquiatria da FPEHCGV-BELÉM/PA? ;3) Qual o nível de participação do enfermeiro no processo de gestão da unidade de psiquiatria da FPEHCGV-BELÉM/PA?;4) Quais as atividades de gestão que contribuem e/ou interferem no desenvolvimento das atividades de assistência dos enfermeiros da unidade de psiquiatria da FPEHCGV-BELÉM/PA?

Vale ressaltar que os 05 (cinco) primeiros dados demonstrados a seguir referem-se ao perfil dos sujeitos participantes da pesquisa elencados da seguinte maneira: quanto ao gênero, quanto à faixa etária, quanto ao vínculo empregatício, quanto ao tipo de Instituições que atuam e quanto ao turno de atuação dos participantes. Assim obtiveram-se os seguintes dados:

- Quanto ao gênero dos participantes da pesquisa:

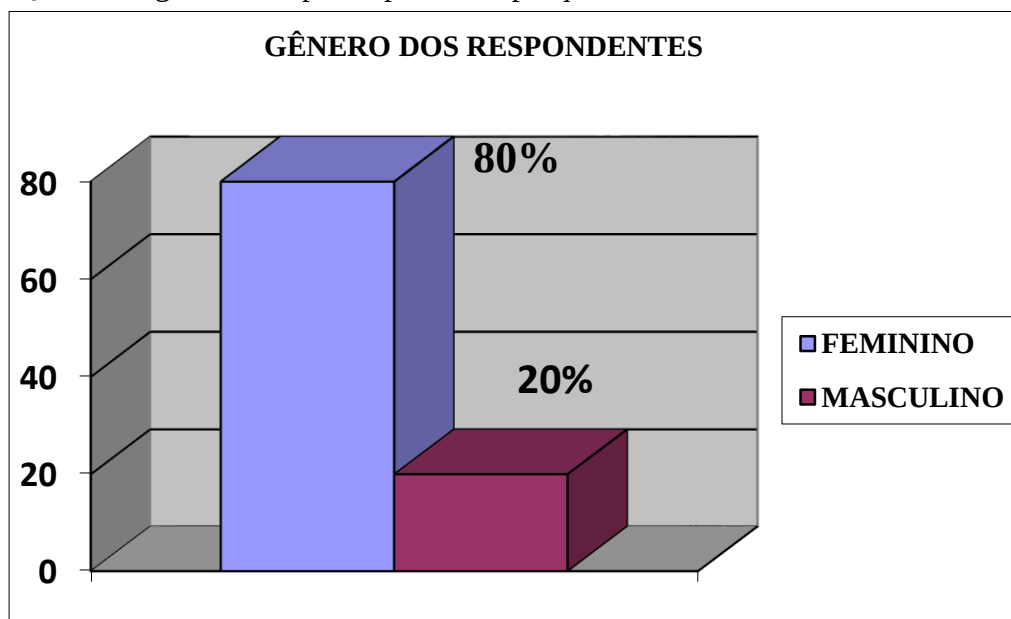


Gráfico 01- Percentual do gênero dos participantes

Fonte: Questionário

Em relação ao gênero, verificou-se um maior percentual de mulheres atuando na unidade de enfermagem pesquisada. Resultado também comprovado nos estudos de Almeida (2010) e Brondini Jr. et al. (2011), demonstrando assim que a profissão de enfermagem é predominantemente feminina. O predomínio de mulheres no cargo de enfermeiro, já é consenso entre os estudiosos do tema e que esse fenômeno decorre principalmente dos aspectos sócio históricos da profissão. Embora, nos últimos anos, o percentual de homens na profissão tenha evoluído, o atrativo da formação universitária não tem sido apelo suficiente para que os homens vislumbrem a enfermagem como opção profissional.

- Quanto à faixa etária dos participantes da pesquisa:

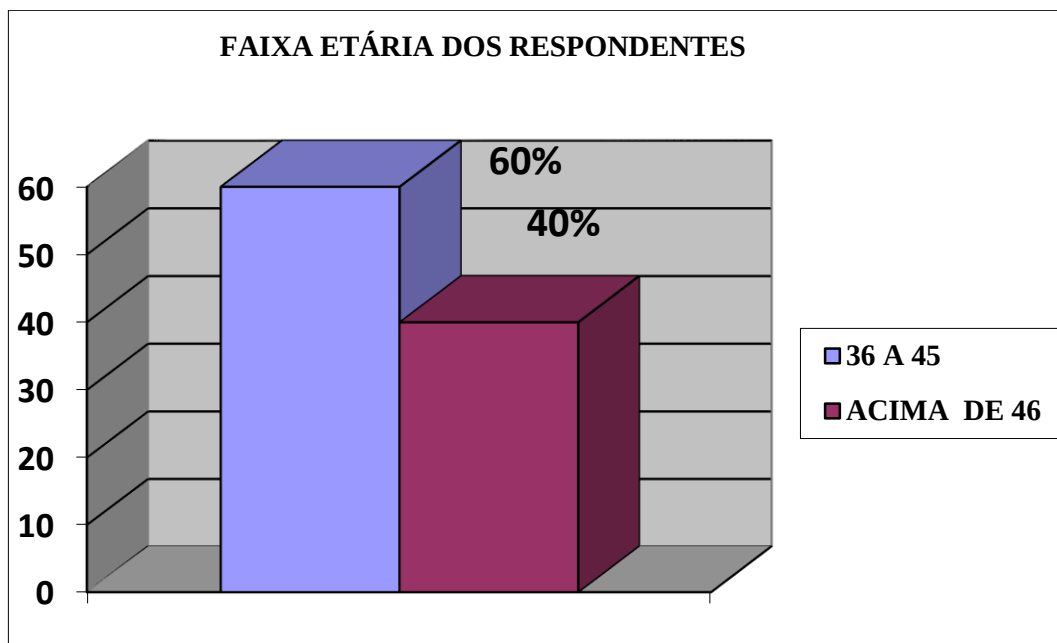


Gráfico 02 – Percentual da faixa etária dos participantes

Fonte: Questionário

Em relação aos dados obtidos na pesquisa demonstrado no gráfico 02 acima, se verificou uma maior incidência entre os participantes na faixa etária de 36 a 45 anos, o que denota um perfil de profissionais de jovens e adultos, ou seja, que a equipe de enfermagem da Unidade de Psiquiatria da FPEHCGV-Belém/PA é caracterizada, em sua maioria por profissionais maduros e experientes e em plena capacidade produtiva.

- Quanto ao vínculo empregatício dos participantes da pesquisa:

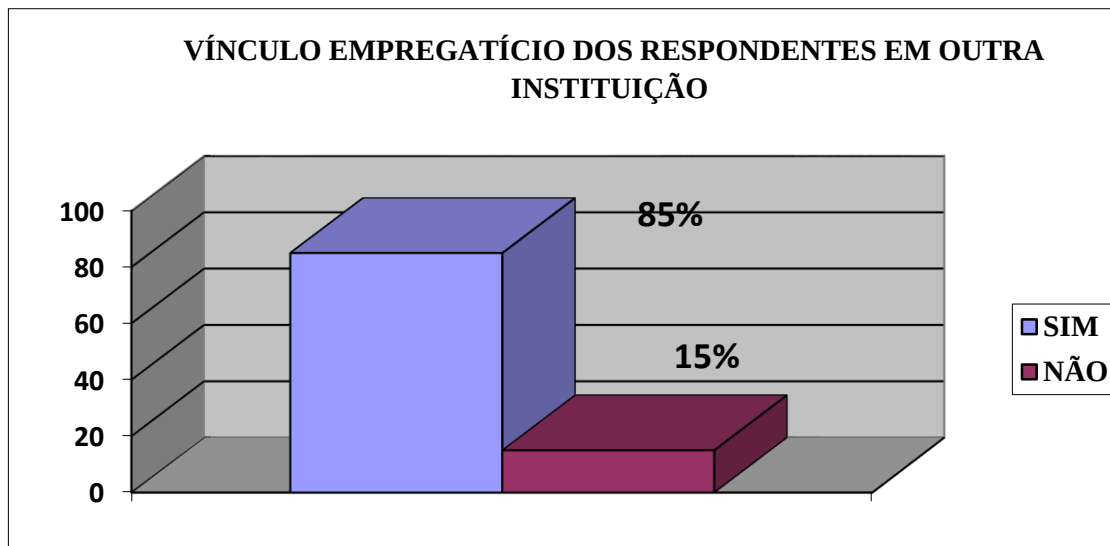


Gráfico 03 – Percentual de participantes com vínculo empregatício em outras Instituições

Fonte: Questionário

Quanto ao vínculo empregatício, 85% dos participantes responderam que trabalham em outras Instituições em horários compatíveis e com anuência no Art. 162 alíneas 'c' da Lei Estadual 5.810, de 24 de janeiro de 1994, em que, funcionários públicos da área da saúde, podem exercer dois empregos e/ou cargos públicos, desde que os horários sejam compatíveis. E, 15% disseram não ter outro vínculo empregatício.

Ressalta-se, porém que apesar do ponto de vista legal, na prática esse percentual revela um nível significativo de trabalhadores da saúde, que podem ter sua jornada de trabalho extremamente comprometida no desempenho de suas funções, isso sem contar que essa 'dupla jornada' pode comprometer ainda mais a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem que atuam em diferentes Instituições.

- Quanto ao tipo de Instituição que atuam os participantes da pesquisa:

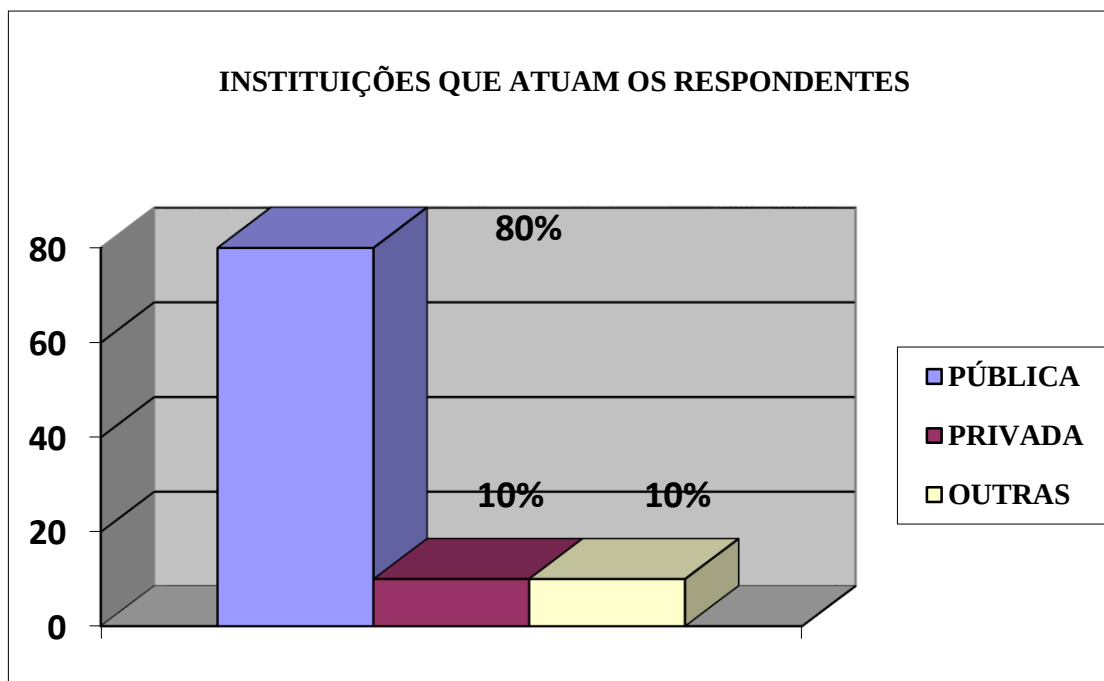


Gráfico 04 – Percentual dos participantes atuantes em Instituições Públicas e Privadas

Fonte: Questionário

Com relação ao perfil acima demonstrado, a pesquisa mostrou que 80% dos pesquisados atuam em Instituição Pública. 10% trabalham em Instituições Privadas e 10 % em outras Instituições como as filantrópicas e as organizações não governamentais, resultado semelhante ao encontrado no estudo de Monteiro (2006), onde a maioria dos profissionais de enfermagem tem mais de um vínculo ou estendem a jornada de trabalho para garantir uma melhor condição socioeconômica.

- Quanto ao turno de trabalho dos participantes da pesquisa:

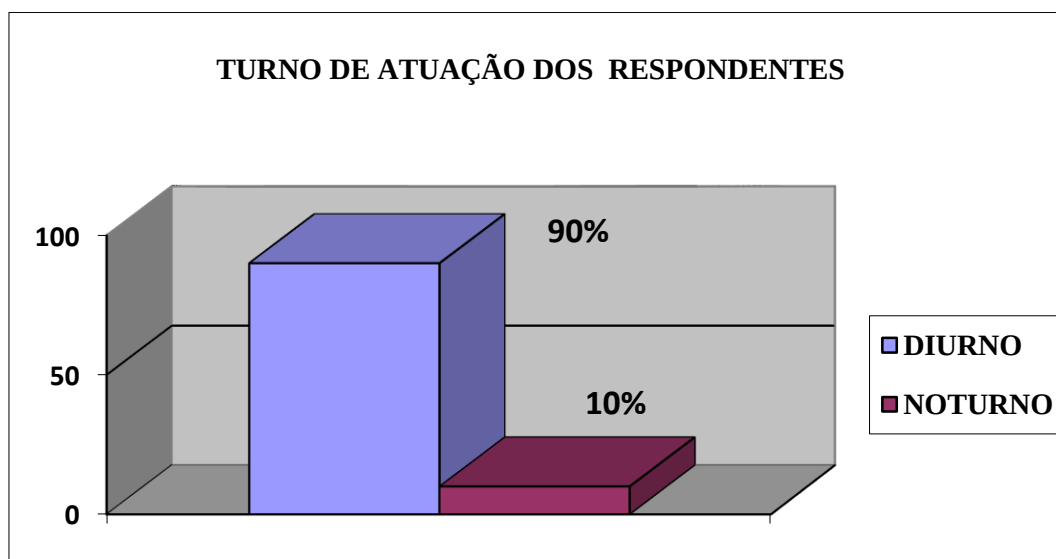


Gráfico 05 – Percentual indicativo dos turnos de trabalho dos participantes

Fonte: Questionário

Quanto ao turno de trabalho, 90% dos participantes trabalham no horário diurno e 10% no noturno, isso se justifica devido o número de demanda e procedimentos ser maior durante o dia e reduzido no período da noite.

Com vistas a elucidar o objeto de estudo em questão, iniciou-se a análise pelas perguntas que se considerou como sendo as que denotam maior relevância para compreensão do fenômeno estudado, quais sejam: quais as atribuições do enfermeiro no contexto em que ele está inserido e sua forma de participação na gestão da Clínica Psiquiátrica.

Em relação ao papel do enfermeiro gestor na unidade de psiquiatria da FHC GV, a maioria dos participantes elencou como principais atividades: planejamento e organização do serviço de enfermagem na unidade; coordenação de equipe; supervisão técnica; realização de reuniões sistemáticas e realização de procedimentos técnicos de assistência em geral.

Nesta perspectiva, percebe-se que as respostas se aproximaram no tocante as seguintes perguntas:

- ✓ Quando perguntados sobre as atribuições do enfermeiro gestor da Clínica Psiquiátrica da

HCGV, existe uma unanimidade na definição das atribuições citadas como: supervisão, orientação e planejamento.

- ✓ Quando perguntados sobre a forma de participação nos processos de gestão, 100% dos respondentes apontaram as reuniões de equipe como importante mecanismo de gestão e acompanhamento das atividades da categoria e dos processos na referida unidade.
- ✓ Em relação à participação dos enfermeiros na elaboração dos processos ou programa de gestão na unidade de psiquiatria da FHC GV, 60% responderam que participam ou já participaram da elaboração de algum processo de gestão, podendo-se inferir com isso, que a participação ainda é pouca, levando-se em conta que o envolvimento dos colaboradores do nível operacional é fundamental para um bom processo de gestão em seu nível estratégico.
- ✓ Já em relação às atividades de gestão que mais interferem ou prejudicam a assistência de enfermagem na unidade, os pesquisados não relacionaram especificamente uma atividade de gestão e sim, fatores relacionados à rotina do serviço, mas que indiretamente estão relacionadas ao processo de gestão como as que prejudicam ou interferem na atividade de assistência do enfermeiro, conforme demonstrado abaixo:

RECURSOS HUMANOS	RECURSOS MATERIAIS	PROCESSOS MANUAIS	CAPACIDADE FÍSICA
-Servidores com pouca habilidade no atendimento de usuário fora do perfil exigindo da equipe uma atuação diferenciada na qual eles (enfermeiros) não foram devidamente treinados. -Recursos humanos insuficientes para atendimento da grande demandam. - Absenteísmo da equipe de enfermagem	-Falta de instalação de computadores para implantação de prontuário eletrônico; -Falta de equipamentos e insumos técnicos; -Falta de logística apropriada às demandas da unidade.	- Registro de atendimento médico de forma manuscrita como: evolução médica, solicitação de exames etc.	- A falta de capacidade física instalada para atender à crescente demanda do Estado.

Quadro IV - Demonstrativo de Fatores que Interferem nas Atividades do Enfermeiro Gestor na unidade de Psiquiatria da FPEHCGV-Belém/PA

Fonte: Questionário

O quadro IV descreve a realidade que confirma a baixa capacidade de regulação do Estado, apontada por teóricos e estudiosos do modelo de gestão gerencial, apresentado no arcabouço teórico estudado. E foi a partir das respostas dadas pelos respondentes sobre as dificuldades encontradas na articulação entre o trabalho gerencial e assistencial do enfermeiro, dentro da Unidade de Psiquiatria da FPHCGV, que se elaborou o quadro acima.

Quando perguntados se o atual modelo de gestão adotado ou desenvolvido na Clínica Psiquiátrica da FPHCGV contribui eficazmente para o processo de trabalho assistencial do enfermeiro dentro da referida Unidade de Psiquiatria, 60% responderam que não e 40% responderam que sim, conforme demonstra o gráfico abaixo:

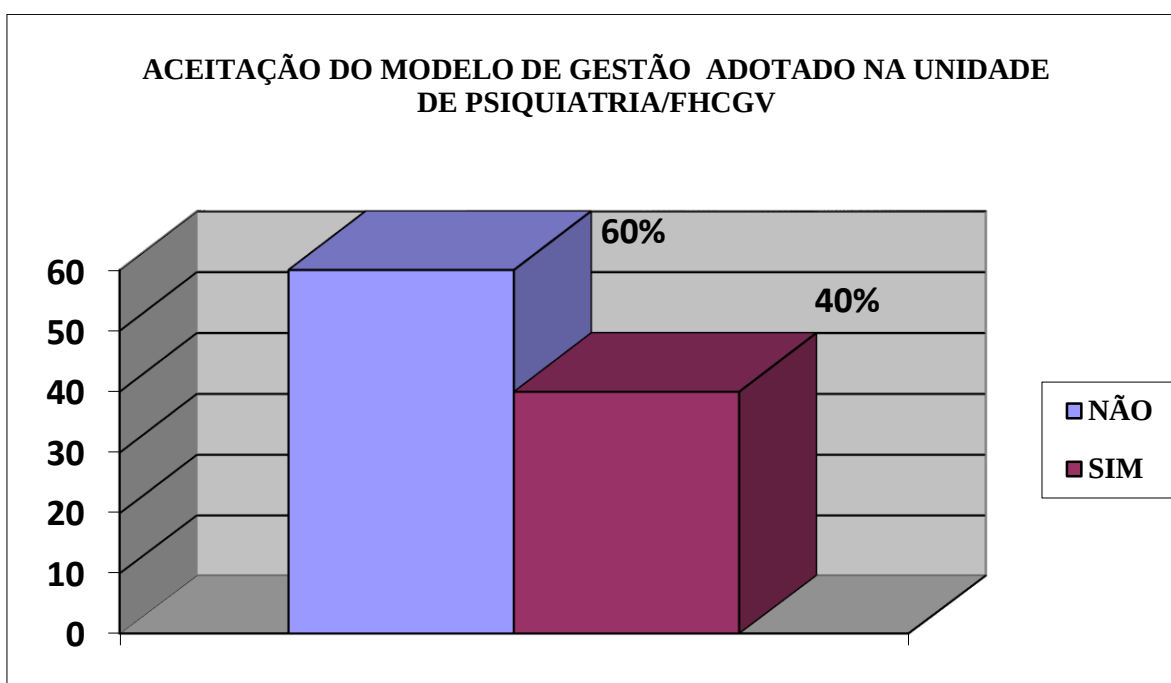


Gráfico 06 – Percentual de aceitação e reprovação pelos participantes do modelo de gestão adotado na Unidade de Psiquiatria/FPHCGV.

Fonte: Questionário

E quando perguntados se as atividades de gestão de enfermagem dificultam ou comprometem o trabalho de assistência de enfermagem, 60% responderam que **não** e 40% responderam que **sim**, mostrando que executam suas atividades de maneira consciente em relação as suas rotinas de trabalho.

As respostas anteriores se completam, porque apresentam um mesmo viés, mas são intencionalmente diferentes. E embora a maioria dos respondentes tenha relatado que as atividades de gestão não interferem em suas rotinas ou processos de assistência de enfermagem, na referida Unidade. A fala dos respondentes aparece contrária ao anteriormente respondido, quando a maioria enfatiza que o atual modelo de gestão não contribui eficazmente para as atividades de assistência ali desenvolvidas.

No entanto, vale ressaltar que os fatores por eles apontados, indiretamente estão relacionados ao modelo de gestão adotado pela referida unidade. Isso significa também, que uma boa parte dos profissionais de enfermagem que atuam na unidade, consegue conciliar método de organização do trabalho de gestão e de assistência de enfermagem propriamente dita com a realidade na qual estão inseridos. Outros, diga-se uma minoria, deixa entender que apesar da capacidade técnica e boa formação profissional, gerenciam suas atividades com as dificuldades inerentes a prática e ao modelo de gestão adotado, tentando superar a dicotomia existente entre a teoria e a prática, como por exemplo, disse um respondente “[...] tentando adequar por vezes a coerência de recursos humanos especializados com a dinâmica específica da Clínica”. Disse também outro respondente: “[...] confesso que estou encontrando grande dificuldade para realizar esses processos[...]

Só para enfatizar, não se pode confundir assim, as atividades de Gestão do Enfermeiro com a participação destes no processo de Gestão Estratégica/operacional da Unidade de Psiquiatria/FPEHCGV. Que neste caso, a pesquisa de campo revelou ser de 60%. Assim, os dados obtidos na referida pesquisa respondem a uma das questões norteadoras proposta para o estudo em questão: qual o nível de participação do enfermeiro no processo de gestão da Unidade de Psiquiatria da FPEHCGV-BELÉM/PA?

E por fim, quando perguntados sobre como gerenciam ou conciliam os processos de gestão e assistenciais, responderam que gerenciam suas atividades de forma condizente com aquela prevista no Manual de Normas e Rotinas da Clínica Psiquiátrica, conforme descrito no capítulo três, procurando seguir “[...] as diretrizes da política Nacional de Humanização, integrando equipe, família e paciente valorizando o processo de recuperação da saúde”. A esse respeito, disse um respondente “[...] buscando atender o paciente e a família,

compartilhando responsabilidades dentro de um processo colaborativo, em que se faz necessário a contribuição das partes envolvidas no processo [...], dentro das possibilidades oferecidas pela instituição”. Essas dificuldades espontaneamente expressas por alguns respondentes são mencionadas por Pereira (1998) e descrita pelo autor em seu Plano Diretor, quando se refere às mudanças e valores que deveriam ocorrer no processo de transição do Modelo Burocrático para o Modelo Gerencial, ao que ele chamou de dimensão cultural da Reforma Administrativa do Aparelho do Estado.

É neste aspecto que se pode dizer que os resultados encontrados na prática encontraram similaridade com a teoria que a fundamenta, que no caso em questão, refere-se às principais características que diferenciam o Modelo Burocrático e o Modelo Gerencial da Administração Pública, que subsidiaram toda análise deste trabalho. Esses modelos foram historicamente construídos, mas que um não substitui o outro e que apesar do modelo atualmente adotado no Brasil ser o Modelo Gerencial, ainda assim, a Administração Pública em seu cotidiano conserva ou convive com práticas ou elementos característicos dos modelos antecedentes como o Modelo Patrimonialista e o Burocrático.

CONCLUSÃO

Considerando o inicialmente proposto para esse estudo, em relação ao objeto de estudo em questão, ressalta-se que os termos relacionados ao Enfermeiro Gestor no desenvolvimento de suas funções e dentro da cultura organizacional, é aquele que tem a função de Chefia dos Serviços de enfermagem, oficialmente instituído GT de Enfermagem da Clínica Psiquiátrica ‘Gerente de Trabalho’, diferente daquele ocupante do cargo de enfermeiro assistencial, mas este, também desenvolve no exercício de suas atribuições, atividades e processos de gestão próprias do funcionamento de qualquer unidade de enfermagem. No entanto essa diferença não inviabilizou a pesquisa de campo, pois o termo gestor aqui adotado, genericamente faz referência de forma ampla para aquele/aquela que gerencia processos. Isto significa que existem apenas importantes diferenças na utilização de conceitos ou elementos, que são próprios do Modelo de Administração Gerencial atualmente adotado no Brasil e embutido na Gestão Pública.

A partir desse ponto buscou-se a coerência entre o que se pretendia investigar e o que de fato foi constatado com base no amparo teórico estudado e na metodologia adotada, qual seja, pesquisa bibliográfica e pesquisa de campo. E o que ficou bastante conclusivo foi que há uma separação ou uma lacuna entre o «Enfermeiro Gestor» -‘Enfermeiro/chefia’, e o «Enfermeiro Gestor» ‘Enfermeiro Assistencial’. E que apesar de atuarem na mesma unidade e por vezes fazerem atividades semelhantes, atuam em funções distintas: a primeira, desenvolvendo atividades relacionadas ao processo de gestão dos serviços de enfermagem como planejar, executar e sistematizar a assistência de enfermagem, elaborar as escalas de atividades, controlar rotinas e procedimentos, supervisionar, avaliar os cuidados de enfermagem desenvolvidos pelos técnicos de enfermagem, desenvolver programas de treinamento em serviço e educação continuada, entre outras; a segunda, desenvolvendo atividades diretamente relacionadas ao serviço assistencial do enfermeiro como cuidar diretamente dos pacientes graves, acompanhando a evolução do tratamento destes, realizando procedimentos de maior complexidade, atuando nas emergências ocorridas com os pacientes na unidade, participando de reuniões periódicas com a equipe de enfermagem, avaliando os

pacientes diariamente, observando a evolução dos mesmos, entre outras atividades desenvolvidas no seu turno de trabalho. Já em relação aos objetivos propostos, a pesquisa revelou os seguintes dados sobre os enfermeiros que atuam na Unidade de Psiquiatria da FPEHCGV-BELÉM/PA: há predominância do sexo feminino (80%); 85% atuam em outras Instituições; de Saúde; cuja maioria dos respondentes estão atuando em Instituições Públicas de Saúde e 90% trabalham no período diurno.

Quanto ao Referencial Teórico apresentado, abordou-se a luz de autores como Trevizan (1988), Souza (1998) e Pereira (1998) questões teóricas referentes a Gestão Pública de Saúde, que fundamentam o modelo atual de Gestão Pública no Brasil, bem como as atividades profissionais desenvolvidas por enfermeiros e gestores que emergem de tais teorias neste processo, e ainda, uma breve abordagem sobre o programa de psiquiatria da Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, em Belém-PA. Acredita-se que desta forma, pode-se então responder as questões norteadoras aqui levantadas.

Cabe recordar que os desafios e os obstáculos encontrados na trajetória de construção e elaboração do trabalho, não foram poucos, principalmente aqueles relacionados ao campo da pesquisa empírica no que se refere ao protocolo de acesso ao mesmo, pois atuava ao mesmo tempo como pesquisadora e como profissional de enfermagem dentro da Instituição, *lócus* da pesquisa.

Desta maneira, sua contribuição consiste também em fomentar ou suscitar novos anseios de pesquisa na área tema, possibilitando a construção de novos estudos acadêmicos independentes, dinamizar os debates reflexivos acerca do comprometimento que cada ator social deve exercer nessa dinâmica, bem como a defesa de princípios éticos, valores sociais e profissionais, frente às inovações atualmente existentes e que seja uma janela aberta, na permanente busca da construção e reconstrução do conhecimento.

Como ponto relevante nesse trabalho, destacaram-se as semelhanças e diferenças existentes entre o Sistema de Saúde Pública no Brasil e o Sistema de Saúde Pública em Portugal, principalmente aquelas relacionadas às Políticas de Gestão dos Sistemas e as formas de financiamento de Saúde Pública. Neste sentido, evidenciaram-se mais semelhanças do que

diferenças, estas são quase imperceptíveis, aquelas são patentes como, por exemplo: os dois países realizaram investimentos para redução das desigualdades e ampliação da oferta e acesso aos serviços de Saúde pública, ambos também efetivaram Reformulação das Políticas de Gestão, desenvolveram ideias descentralizadoras e regionalizadas de gestão a partir das críticas ao modelo vigente em cada país, bem como formas de financiamentos em fundos prioritariamente custeados pelo setor público e suplementarmente em parceria com o setor privado. O Brasil apresenta um modelo de gestão no âmbito do seu Sistema de Saúde mais participativo caracterizado pela criação de dois Conselhos de Gestão do referido Sistema, um na esfera nacional e outro na esfera estadual, que são as Comissões Inter-Getoras Tripartite e Bipartite. Já em Portugal, as Instituições Públicas do Distrito eram dirigidas por um Conselho de Administração Integrado com representantes dos municípios e dos sindicatos, que foram regulamentados e posteriormente tiveram seu diploma legal revogado pelo governo da Aliança Democrática.

A pesquisa revelou ainda, que as atividades de Gestão associadas as de Assistência, tecnicamente não demonstrou ser o maior obstáculo no desenvolvimento do trabalho de enfermagem na Unidade de Psiquiatria da FPEHCGV-Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna-Belém/PA, e sim, os fatores relacionados diretamente à Gestão Estratégica e Operacional da Instituição como: a falta de material, equipamento técnico necessário e capacidade física instalada inadequada; número de enfermeiros e técnicos insuficientes à demanda de trabalho; aumento do número de usuários; mudança no perfil de atendimento, absenteísmo da equipe de enfermagem, etc. é que indiretamente interferem e prejudicam o bom desempenho de suas funções e que estão relacionadas ao processo de gestão de maneira mais ampla. A falta desses recursos é sem dúvida, o maior desafio que tanto o Enfermeiro Gestor, como o Enfermeiro Assistencial enfrenta na gerência dos trabalhos de saúde na referida Unidade. Pois estes, também são parte integrante de um sistema cultural, político e administrativo que prevalece em nosso Sistema de Gestão Pública, e na área da saúde não seria diferente.

Quanto às perspectivas, espera-se que o mesmo venha contribuir ou subsidiar mudanças no processo de gestão quanto à adequação e/ou melhorias na prestação dos serviços

públicos de saúde, especialmente na Instituição *lócus* da pesquisa, restando então mudanças efetivas nos fatores relacionados ao processo de Gestão, que no caso em questão, não depende exclusivamente do seu escopo de enfermagem, mas de um conjunto de fatores que são operacionalizados em nível de macro de gestão. Nesta perspectiva, sugere-se a criação de uma ala para atendimento de emergência para os dependentes químicos em crise.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, (2000). Emenda Constitucional nº, 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167, e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14. 09. 2000.

_____. (2009) Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. **Colegiado de gestão regional na região de saúde intraestadual: orientações para organização e funcionamento / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada.** – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 60 p. : il. – (Série B. Textos Básicos em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 10). Disponível em <<http://www.saude.gov.br/svs>> Acedido em 13 jan. 2012.

_____. (1995). **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado.** Brasília: Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Administração federal e Reforma do Estado. 1995. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/svs>> Acedido em 13 jan. 2012.

_____. (1991) Portaria nº 118 de 19/11/1991. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>>. Acedido em 15, jan. 2014.

_____. (1988) Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 05 de outubro de 1988 (org) OLIVEIRA, Juarez de. 4.ed. Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

_____. (1998). Gestão do Setor Público: Estratégias e Estrutura para um novo Estado. In: PEREIRA, Luís C. Bresser; SPINK, Peter Kevin. (orgs.). **Reforma do Estado e Administração Gerencial.** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.

_____. (1998) Decreto nº 2487, de 29, de 02 de fevereiro de 1998. Dispõe Sobre a Qualificação de Autarquias e Fundações como Agências Executivas, estabelece critérios e procedimentos para a elaboração, acompanhamento e avaliação dos contratos de gestão e dos planos estratégicos de reestruturação e de desenvolvimento institucional das entidades qualificadas. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>>.

CHRISTOVAM, B.P. (2009). Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito [tese doutorado]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

CAMPOS, A. C. & SIMÕES, J. (2011). O Percurso de Saúde: Portugal na Europa. Coimbra: Almedina. 2011.

CHIAVENATO, I (2011). Administração para não administradores, a gestão ao alcance de todos. 2.ed.- Barueri.-SP.

COSTA, N. do R. Lutas Urbanas e Controle Sanitário Origens das Políticas de Saúde no Brasil. 2.^a ed. Petrópolis, Vozes, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1986.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (2007) Resolução nº 311/2007. Aprova a Reformulação do Código de ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/svs>> Acedido em 13 jan. 2014.

ESTADO DO PARÁ (2000). LEI Nº 6.304, DE 06 DE JULHO DE 2000. **Cria a Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna - FHCGV**, nos termos do art. 37, inciso XIX, da Constituição Federal e art. 21 da Constituição do Estado do Pará, e dá outras providências. DOE Nº29.250, DE 07/07/2000. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/svs>> Acedido em 13 jan. 2014.

ESPINOSA, A. M. F. (2006). *Guia prático de enfermagem*. Rio de Janeiro: Mc Graw-Hill. 2006. p. 15 e 16.

ESTATUTO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS. Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro. Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Dispõe sobre o Código de Ética Deontológico do Enfermeiro.

ESTADO DO PARÁ (1994). Lei Estadual 5.810, de 24 de janeiro de 1994, Regime Jurídico Único dos Servidores Públicos Civil da Administração Direta, das Autarquias e das Fundações Públicas do Estado do Pará. Publicada no Diário Oficial Nº. 31660 de 06/05/2010.

FUNDAÇÃO ESTADUAL HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA (2012). MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA/FPEHCGV-BELÉM PARÁ, 2012.

GIL, A.C. (2001). Como elaborar um projeto de pesquisa. São Paulo. SP. Atlas.

GOMES, P. S. Acesso à Saúde Contemporâneo no Brasil e em Portugal como um Direito Social. Revista Científica Vozes dos Vales – UFVJM – MG – Brasil – Nº 06 – Ano

III – 10/2014 Reg.: 120.2.095–2011 – UFVJM – QUALIS/CAPES – LATINDEX - ISSN: 2238-6424 – www.ufvjm.edu.br/vozes. Acedido em 02 dezembro de 2014.

HOAIUSSIS, A (2001). Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro-RJ: Objetivos. Acedido em 02 abril 2013 em: < [http:// www.houaiss.oul.com.br/busca.jhtm](http://www.houaiss.oul.com.br/busca.jhtm)>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2010). Censo Demográfico 2010: dados preliminares. Acessado em 01 maio de 2011. Disponível em <<http://www.ibge.gov/ibge/estatistica/população/censo2000>>

LARAIA, T. M. (2002). Enfermagem Psiquiátrica. Enfermagem Prática. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso, 2002.

MERHY, E. E. A Saúde Pública como Política: um estudo de formuladores de políticas. São Paulo: Hucitec, 1992.

MICHAEL, C (2009). Michaelis Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. São Paulo-SP: Cia. Melhoramentos. Acedido em 02 abril 2013 em: < [http:// www.houaiss.oul.com.br/busca.jhtm](http://www.houaiss.oul.com.br/busca.jhtm)>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2001). Profae - Projeto de Profissionalização dos trabalhadores da área da Enfermagem. FIO Cruz, 2001. P. 15 a 23. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>>. Acedido em 18 de junho 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006). Política Nacional de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde, Brasília-DF.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2007). Manual do Ministério da Saúde. Financiamento da Saúde. Brasília-DF.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2007) Sistema Único de Saúde - SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília-DF, p. 15 e 16.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2011). Saúde Mental no SUS: As Novas Fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília-DF, 2011. P. 21. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>>. Acedido em 12 de agosto 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (1993) Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/svs>>. Acedido em 13 jan. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (1990). Decreto lei n 7.508, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. (Alterada pela Lei n 9.836/1999, Lei n 10.424/15.04.2002). Diário Oficial da União, Brasília-DF.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (1990). Decreto Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília- DF.

MINAYO, M.C.S. (1994). Desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 3ª. Ed. São Paulo.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008). Brochura: Enfermagem em Portugal - Ordem dos Enfermeiros- 10 Anos. Abr-2008. Disponível em <http://www.pt/publicacoes/Paginas/default.aspx> .pdf Acedido em 02 de dezembro de 2014.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (1998) Decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril. Cria a Ordem dos Enfermeiros. Lisboa-Portugal.

PEREIRA, L. C. B. (1998). Reforma do Estado para a cidadania: a Reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional. São Paulo: Ed. 34; Brasília: ENAP, 1998.

PORTUGAL, Constituição da República Portuguesa de 1976. Disponível em <http://www.parlamento.pt/Parlamento/Documents/CRP1976.pdf> Acedido em 02 de dezembro de 2014.

SANTOS, L. (2000). Distribuição de Competência no Sistema Único de Saúde: o papel do Estado nas três esferas de governo no SUS. Brasília: DF, OPS/OMS.

SANTOS. L. F. C. L. (2012). Tese apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do Grau de Doutor em Enfermagem, na especialidade de História e Filosofia de Enfermagem. 2012.

TEIXEIRA, M. B. (2007). Manual de Enfermagem Psiquiátrica. São Paulo: Atheneu, 2007,p. 124.

TRIVIÑOS, A.N.S. (1990). Introdução à pesquisa em ciências sociais. São Paulo. SP. Atlas.

ZOBOLI, E. L. C. P. (2006). *Bioética: gênese, conceituação e enfoque*. In: Oguisso T, Zoboli E (orgs). Ética e Bioética: desafio para a enfermagem e a saúde. São Paulo, Manole.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Assistência de enfermagem...13,17,28,32,61,67
Administração pública.....33,34,35,39

C

Constituição Federal.....15,16,17,37
Código de Ética.....28,29,30,31,32
Conferência de Saúde.....15,38
Conselhos de Saúde.....38,41,42
CAPS.....16,17,56,58,59

D

Descentralização da saúde 41,42,43,44,45

E

Enfermeiro Gestor..13,14,18,19,21,22,29,30,32,
50,52,64,67
Enfermeiro Assistencial.....22,60, 44,47
.

G

Gestão.....15,17,21,32,41,42,43,47,48,50,67,68
Gestão em Saúde.....13,14
Gerente de Trabalho-GT.....13,22,52,60

H

Hospital de Clínicas....12,13,17,52,53,54,55,56
58,64,67,68

M

Ministério da Saúde.....16,17,38,39,41,43,55
Municipalização da Saúde.....38,42

O

Organização Mundial da Saúde.....14

P

Políticas Púb. de Saúde 16,36,39,41,42,44
Participação da comunidade.....37,38
População usuária.....13,16,17,44,67

R

Reforma Psiquiátrica.....15
Referência Psiquiátrica.....13,50
Reforma Sanitária.....15,24,39

S

Saúde Pública.....22,24,25,27,32,34,36,38,41
Saúde Mental.....14,15,17,45
SUS 15,16,17,30,37,38,39,41,42

U

Unidades Básicas de Saúde.....30,40,57

V

Vigilância Sanitária.....40
Vigilância Epidemiológica.....40

APÊNDICE

APÊNDICE I

UNIVERSIDADE LUSÓFONA DE HUMANIDADES E TECNOLOGIAS

MESTRADO EM GESTÃO

Título: O PAPEL DO ENFERMEIRO GESTOR NA UNIDADE DE PSIQUIATRIA DA FUNDAÇÃO PÚBLICA ESTADUAL HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA-FPEHCGV EM BELÉM/PA

QUESTIONÁRIO

A. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.

Nome _____

Idade: _____ Sexo: Masculino (), Feminino ()

Tempo de atuação na F HCGV: _____ anos.

Tem Pós-Graduação, se sim, qual: Especialização ()

Tem vínculo empregatício com outra instituição de saúde?

() Sim () Não, se sim qual: () Instituição Pública () Instituição Privada () Filantrópica
() Outra

B. PARTE ESPECIFICA:

1) Você conhece as atribuições do enfermeiro gestor da clínica psiquiatra da FPEHCGV?

() SIM () NÃO

2) Se sim a resposta anterior. você poderia citar ao menos três atribuições do enfermeiro gestor na clínica psiquiatra da FPEHCGV?

1ª _____

2ª _____

3ª _____

3) Você já foi chamado por sua coordenação ou chefia imediata para participar da elaboração de algum processo ou programa de gestão na clínica psiquiatria da FPEHCGV?

() SIM () NÃO

4) Se sim a resposta anterior, você participou de que forma:

() Você e a coordenação/chefia () Em reuniões com a equipe

5) Você acredita que o gestor de enfermagem eficiente e eficaz é aquele que compartilha os processos de gestão com a equipe ou parte dela?

() SIM () NÃO

6) Você acredita que o atual modelo de gestão de enfermagem desenvolvido na enfermagem na clínica psiquiatria da FPEHCGV, contribui eficazmente para o processo de trabalho assistencial de enfermagem da mesma?

() SIM () NÃO

7) Você acredita que as atividades de gestão de enfermagem disvirtua ou compromete o seu trabalho ou o atendimento assistencial de enfermagem na clínica psiquiatria da FPEHCGV?

() SIM () NÃO

8) Como você gerencia ou concilia o processo de trabalho de enfermagem na clínica psiquiatria da FPEHCGV?

9) Quais são as principais dificuldades que você encontra para articular o processo de trabalho gerencial com o processo de trabalho assistencial?

APÊNDICE II

INSTRUMENTO DE PESQUISA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: O PAPEL DO ENFERMEIRO GESTOR NA UNIDADE DE PSIQUIATRIA DA FUNDAÇÃO PÚBLICA ESTADUAL HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA-FPEHCGV EM BELÉM/PA

O QUE É A PESQUISA:

A proposta do estudo consiste em avaliar a atuação do enfermeiro como gestor da **UNIDADE DE PSIQUIATRIA DA FUNDAÇÃO PÚBLICA ESTADUAL HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA-FPEHCGV EM BELÉM/PA**, que, voluntária e conscientemente deverão assinar este termo e responder ao questionário, que os identificarão como população alvo da pesquisa, para obtenção dos dados que subsidiarão a presente pesquisa.

O QUE SERÁ FEITO COM O MATERIAL RECOLHIDO (OU INFORMAÇÕES) DO SUJEITO PESQUISADO:

As informações obtidas serão utilizadas somente para avaliação quanti/qualitativa da pesquisa e cada indivíduo receberá um código e os dados serão analisados em conjunto com os de outros participantes, não sendo divulgada qualquer informação que possa levar a sua identificação.

RISCOS, PREVENÇÃO E BENEFÍCIOS PARA O SUJEITO DA PESQUISA:

Pode eventualmente acontecer erro final nas informações dos dados e possível desconforto dos participantes em relação a algumas perguntas do questionário, não haverá trauma físico ou psicológico direto, que possam trazer dificuldades dessa natureza para ao sujeito da pesquisa, visto que o roteiro de entrevista utilizado foi construído somente com base em dados bibliográficos. Os benefícios serão diretos aos participantes da pesquisa, pois será

aplicado questionário visando obter dados que respondam aos objetivos, e que possam atender aos anseios da comunidade científica, e que os resultados, possam vir a contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços dos profissionais e da clientela usuária atendida.

GARANTIAS:

Será garantida a confidencialidade das informações obtidas com os sujeitos da pesquisa. O pesquisador se responsabilizará também, em salvaguardar as informações á confidencialidade dos dados da pesquisa, codificando através de letras do alfabeto os participantes da mesma. As consequências de quebra de confidencialidade pela pesquisa ao sujeito constam desde solicitar indenização em reparação aos mesmos perante a justiça legal. Tem a garantia de liberdade em deixar de participar do estudo a qualquer momento. Serão inteiramente informados a respeito dos resultados parciais e finais da pesquisa; logo, a qualquer momento do estudo, terão livre acesso aos pesquisadores, para esclarecimento de dúvidas.

FINANCIAMENTOS:

Este trabalho será realizado com recursos próprios do autor, não tendo financiamento ou coparticipação de nenhuma instituição de pesquisa. Não há despesas pessoais para os participantes em qualquer fase do estudo e também não haverá nenhum pagamento por sua participação.

DECLARAÇÃO:

Declaro que compreendi as informações e as explicações expostas sobre o trabalho em questão e que discuti com a enfermeira Alcinéa Marinho Correa sobre minha decisão em participar deste estudo, ficando claro para mim, quais são os propósitos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados, os possíveis desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também, que minha participação não terá contrapartida financeira, nem despesas ou qualquer tipo de ônus, inclusive se optar por desistir de participar da pesquisa. Se houverem danos decorrentes do estudo posso legalmente solicitar indenizações.

Concordo voluntariamente em participar da presente pesquisa, podendo retirar meu consentimento a qualquer momento, sem necessidade de justificar o motivo da desistência, antes ou durante o decorrer da pesquisa, sem penalidades ou prejuízo pessoal.

Alcinéa Marinho Correa
Pesquisador Principal
End. Trav. Monte Alegre, nº 764
Belém – Pará - Brasil
TEL; (91) 99984-3847/989393065
E-mail: neamarinho@yahoo.com.br

Dr. Ricardo Figueiredo Pinto
Pesquisador Responsável
Orientador
End.Trav.Padre Eutiquio, nº 1730
TEL: (91) 3229-5240/3249-9492
E-mail: rfpuepa@yahoo.com

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

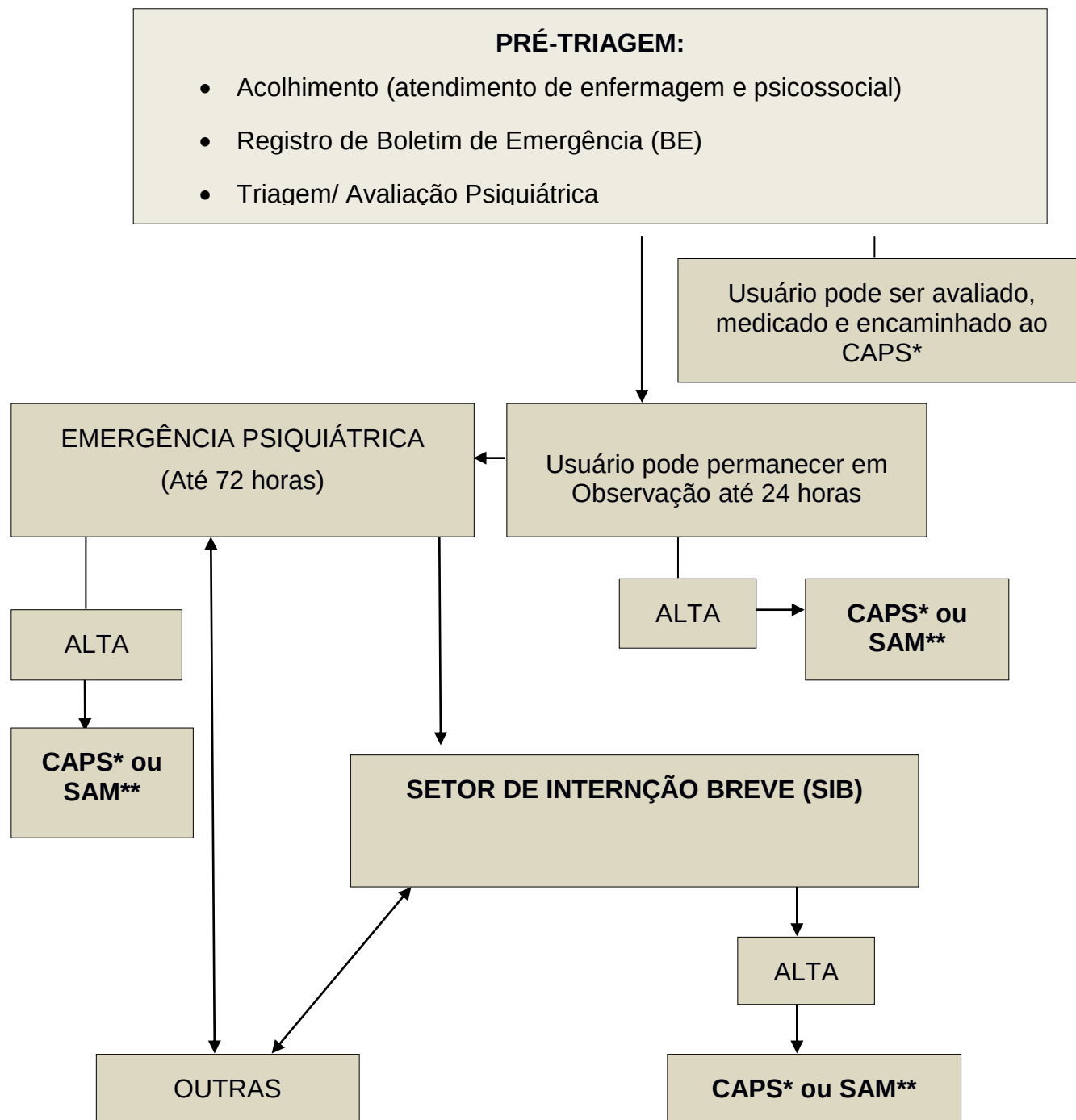
Assinatura do participante

Endereço_____

Telefone_____

APÊNDICE III

FLUXOGRAMA DO SETOR DE PSIQUIATRIA DA FEHCGV-BELÉM-PA.



QUADRO III – Fluxograma do setor de psiquiatria da FEHCGV

Fonte: Manual de Normas e Rotinas da Clínica Psiquiátrica/FPEHCGV (2012)

*CAPS-Centro de Atenção Psicossocial/** SAM- Serviço de Ambulatório Médico FHC GV (Psiquiatria)