

MARUCIA FERNANDES VERÇOSA

**PRÁTICA E PERCEÇÃO DO ENFERMEIRO
GESTOR QUANTO A EFETIVAÇÃO DO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

Orientador: Prof. Doutor Ricardo Figueiredo Pinto

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

Lisboa

2013

MARUCIA FERNANDES VERÇOSA

**PRÁTICA E PERCEÇÃO DO ENFERMEIRO
GESTOR QUANTO A EFETIVAÇÃO DO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de Mestre em Gestão, no Curso de Mestrado em Gestão, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Orientador: Prof. Doutor Ricardo Figueiredo Pinto

Co-orientador: Prof. Doutor Carlos Eduardo Capelo Ramos do Rosário

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Ciências Económicas e das Organizações

Lisboa

2013

EPIGRAFE

Liberdade é uma palavra que o sonho humano alimenta não há ninguém que explique e ninguém que não entenda.

Cecília Meireles

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu esposo e filho: Olivar Verçosa e Victor Verçosa, que sempre torceram pela superação de minhas dificuldades, mesmo quando distante, e souberam compreender meus momentos de ausência. Amo-os muito.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, que sempre me orientou e conduziu minhas decisões, que sempre deram certo, obrigada Senhor porque és meu o meu guia.

Aos meus pais Nonato Almeida e Rosalina Almeida pelos ensinamentos, lições de vida, e sempre com muito amor e carinho acompanharam a minha trajetória profissional.

Ao meu marido, pela ajuda e compreensão em todos os momentos que precisei do seu apoio.

Ao meu filho querido que muitas vezes me ajudou nos momentos de cansaço.

Ao Dr. Ricardo Pinto, pelos ensinamentos, pela orientação e paciência. Por estimular a continuidade do curso.

Aos Enfermeiros das Unidades de Saúde da Família que permitiram o desenvolvimento da pesquisa.

A todos aqueles que de forma direta ou indireta estiveram presentes na elaboração do trabalho.

RESUMO

As políticas públicas de saúde surgem em decorrência do reconhecimento de um cenário desumano e incoerente frente às condições sociais e de saúde da população, este cenário favoreceu a inclusão da família como foco de atenção nas políticas públicas. Neste contexto o profissional enfermeiro vem se destacando como agente dinamizador das ações dentro do Programa Saúde da Família(PSF). A partir desta premissa este estudo objetivou conhecer as atividades gerenciais desenvolvidas pelo enfermeiro gestor no Programa Saúde da Família, a percepção do enfermeiro gestor sobre a efetivação das metas a serem alcançadas pelo Programa Saúde da Família, e as dificuldades encontradas na prática cotidiana deste profissional para efetivação das metas a serem alcançadas no Programa Saúde da Família. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado em Belém do Pará. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas junto a 45 enfermeiros gestores de 30 unidades saúde da família na região metropolitana de Belém. As informações coletadas foram organizadas conforme preceitos à análise de conteúdo segundo Bardin (1977). Da análise dos discursos emergiram cinco categorias. Os resultados deste estudo demonstraram que são inúmeras as atividades gerenciais do enfermeiro, que sua maior dificuldade na prática cotidiana deve-se ao fato da comunidade ainda estar fortemente arraigada ao atendimento hospitalocêntrico, além da insatisfação na função de gerência, ligadas as várias dificuldades como falta de perfil do agente comunitário de saúde, infraestrutura das unidades, falta do profissional médico em algumas unidades, não adesão do tratamento e ações educativas pelas famílias adstritas , além da impossibilidade em alcançar os objetivos propostos pelo Programa Saúde da Família, de acordo a maioria dos informantes. Essa realidade tem sido vivenciada pelo enfermeiro gestor, caracterizada como forma de tensão interna do sistema, gerando a construção peculiar para enfrentar tais dificuldades. Apesar das dificuldades e limitações dos enfermeiros gestores, estes profissionais realizam suas funções com responsabilidade, buscando cada vez mais autonomia, e consideram que este programa, é o marco nas políticas públicas de saúde.

Palavras- Chave: Programa Saúde da Família. Enfermeiro. Gestor. Gestão.

ABSTRACT

The public health policies arise due to the recognition of a scenario inhumane and inconsistent front social and health conditions of the population, this scenario favored the inclusion of the family as the focus of attention in public policy. In this context the nurse has stood out as an agent of dynamic actions within the program. From this premise, this study aimed to understand the actions of the nurse as manager, relate the perception of this person as to the realization of the objectives proposed by the program in their daily practice, and their difficulties in achieving the objectives proposed by the Family Health Program. This is a descriptive study with a qualitative approach, conducted in Belém do Pará Data were collected through semi-structured interviews with 45 nurses will managers of family health units in metropolitan Belém The information collected was organized as precepts of content analysis Bardin, yielding five categories. The results of this study allowed to know the actions, difficulties and perceived effectiveness as to the nurse manager of the goals of the Family Health Program. The study identified a general managerial actions, preventive care and the nurse manager. But it was perceived dissatisfaction in a managerial function, related to the various difficulties faced by the informants as lack of profile of Community Health Workers, infrastructure units, lack of medical professionals in some units, non-adherence treatment and educational activities for families enrolled in addition to the inability to achieve the objectives proposed by the Family Health Program (FHP). Even before the difficulties and limitations, these professionals perform their duties responsibly, seeking increased autonomy and consider the family health strategy is the milestone in public health policies and therefore streamline their actions in order to achieve the targets set by program.

.Keywords: Family Health Program. Nurse. Manager. Management.

LISTA DE SIGLAS

AIS- Ações Integradas de Saúde

AP - Atenção primária

CF/88-Carta Constitucional

CEBES- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CONASP- Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária

CSP- Cuidados de Saúde Primário

DATAPREV -Processamento de Dados da Previdência Social

IAPAS- Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social

ESF- Equipes de Saúde da Família /Estratégia Saúde da Família

FUNABEM-Fundação Nacional do Bem Estar do Menor

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões

INAMPS-Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social -

MS - Ministério da Saúde

LBA-Fundação Legião Brasileira de Assistência

MRSB- Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

NOB -Norma Operacional Básica

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PACS - Programa Agentes Comunitários de Saúde

PIB- Produto Interno Bruto

PSF - Programa Saúde da Família

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SINPAS- Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

SF- Saúde da Família

UBS- Unidade Básica de Saúde

US - Unidade de Saúde

USF - Unidades de Saúde da Família

VS - Vigilância em Saúde

ÍNDICE GERAL

1-CAPÍTULO I-INTRODUÇÃO	12
1.1 PROBLEMA	15
1.2 OBJETIVOS.....	16
1.2.1 Objetivo Geral.....	16
1.2.2 Objetivos Específicos.....	16
CAPÍTULO II-FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
2.1 TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL.....	19
2.2 DINÂMICA DO PROGRAMA SAUDE DA FAMÍLIA (PSF) NO BRASIL.....	26
2.3 LEGISLAÇÃO DO PSF NO BRASIL.....	27
2.4 NOVO OLHAR PARA O MODELO ASSITENCIAL.....	31
2.5 GESTÃO EM SAÚDE NO BRASIL.....	34
2.6 GESTÃO DO ENFERMEIRO NA SAÚDE.....	37
2.7 GESTÃO DO ENFERMEIRO NO PSF.....	40
2.8 EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE EM PORTUGAL.....	41
2.9 A FAMÍLIA NO CONTEXTO DA SAÚDE EM PORTUGAL E BRASIL.....	43
2.10 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM PORTUGAL.....	44
CAPÍTULO III-METODOLOGIA	46
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	47
3.2 UNIVERSO DO ESTUDO.....	47
3.3 FONTE DO ESTUDO.....	48
3.4 COLETA DE DADOS.....	48
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	48
3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	49
CAPITULO IV-APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	50
4.1 ATIVIDADES GERENCIAIS EVIDENCIADAS.....	52
4.2 ÓPTICA DO ENFERMEIRO GESTOR QUANTO AO APOIO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA.....	54
4.3 NDIFICULDADES FRENTE A EQUIPE DO PSF.....	57
4.4 DIFICULDADES DO ENFERMEIRO GESTOR EM RELAÇÃO A POPULAÇÃO ADSCRITA.....	62
4.5 CONHECENDO DO ENFERMEIRO GESTOR SOBRE OS OBJETIVOS DO PROGRAMA.....	65

4.6 PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO GESTOR SOBRE SEU TRABALHO	
GERENCIAL.....	68
CAPITULO V-CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ÍNDICE REMISSIVO	81
APÊNDICES	
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1: Quantitativo de Profissionais segundo tempo de atuação No PSF	52
Quadro I: Detalhamento das atividades gerenciais desenvolvidas na prática cotidiana	53
Tabela 2: Dificuldades do enfermeiro gestor para atender plenamente os objetivos do programa saúde da família	67

Marucia Fernandes Verçosa

Prática e Percepção do Enfermeiro Gestor quanto a Efetivação do Programa Saúde da Família

CAPÍTULO I-INTRODUÇÃO

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

Com a implantação do Sistema único de Saúde (SUS) em 1988, o exercício da soberania tornou-se pleno e houve consolidação das políticas públicas de saúde com base em princípios e diretrizes que asseguram por meio da constituição federal de 1988 a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Dessa forma o SUS é por definição constitucional, um sistema público de saúde, nacional e de caráter universal, baseado na concepção de saúde como direito de cidadania, na noção de unicidade e ao mesmo tempo nas diretrizes organizativas de: descentralização, com comando único em cada esfera de governo; integralidade do atendimento; e participação da comunidade. (Souza, 2001)

As políticas públicas de saúde surgem em decorrência do reconhecimento de um cenário desumano e incoerente frente às condições sociais e de saúde da população, este cenário favoreceu a inclusão da família como foco de atenção nas políticas públicas. As estratégias para interromper o empobrecimento e a vulnerabilidade das famílias, no século XX, ocorrem de forma diferenciada, segundo diferentes 'Estados de Bem-Estar', nas sociedades capitalistas. Perante á evidencia desta situação o Ministério da Saúde do Brasil através do Programa de Saúde da Família (PSF) coloca a família nas agendas das políticas sociais brasileiras em 1994, refletindo tanto interesses do modelo neoliberal como de forças sociais solidárias. Vê-se que tal inclusão gerou multiplicidade de abordagens tais como: família/indivíduo; família/domicílio.

Neste contexto surge então o Programa Saúde da Família (PSF) com o objetivo de reverter o modelo assistencial vigente, onde a família passa a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extras familiares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social (Ministério da Saúde, 1997).

A partir da criação do Sistema Único de Saúde em 1988, foi possível observar no Brasil transformações sucessivas que culminaram com processos de municipalização e

descentralização das ações de saúde nos estados e municípios repercutindo em novas relações no mercado de trabalho assim como exigências no perfil do enfermeiro. À medida em que expandia-se a municipalização, este profissional inseria-se cada vez mais aos serviços de saúde com o objetivo de executar programas do Ministério da Saúde, entre eles o Programa saúde da Família (PSF).

No contexto do programa saúde da família o profissional enfermeiro passa a atuar de forma dinâmica, não apenas como prestador de assistência mais agora na busca da prevenção e confrontação com os fatores sócio-econômicos que caracterizam as famílias de baixa renda as quais são o alvo de atenção á saúde. Para isso torna-se necessária que este profissional compreenda a estratégia de reverter o modelo assistencial vigente através a mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios.

A Saúde da Família, desenhada inicialmente como um programa, passou a ser considerada pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de Saúde, visando à reorientação do modelo de atenção e a uma nova dinâmica da organização dos serviços e ações de saúde. Tem como objetivo substituir ou converter o modelo tradicional de assistência à saúde, historicamente caracterizado como atendimento da demanda espontânea, eminentemente curativo, hospitalocêntrico, de alto custo, sem instituir redes hierarquizadas por complexidade, com baixa resolutividade e, no qual, a equipe de saúde não estabelece vínculos de cooperação e co-responsabilidade com a comunidade (Ministério da Saúde, 2005).

O Programa Saúde da Família (PSF), conhecido hoje como Estratégia Saúde da Família (ESF) desponta como proposta estruturante e operacional do SUS com objetivo de operacionalizar as ações de prevenção e promoção da saúde dos indivíduos nas diversas fase da vida, reorganizando a prática de atenção á saúde substituindo o modelo tradicional que trata a o indivíduo de forma isolada do seu contexto familiar e centrado apenas na cura de doenças. Esse trabalho agora passa a ser realizado de forma organizada através de equipes multiprofissionais compostas por médico generalista um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, e um número limitado de agentes comunitários de saúde, além da equipe de

saúde bucal que é formada por um cirurgião–dentista e auxiliar de consultório dentário. Esses profissionais devem estar preparados para atender a população adstrita com base nos princípios do Sistema Único de Saúde(SUS).

A recomendação do ministério da Saúde é que a equipe acompanhe no máximo 600 a 1000 famílias, não ultrapassando o limite máximo de 4.600 pessoas, as quais são adstritas em uma determinada área de abrangência.

A gerência exige deste profissional conhecimento e praticidade na busca da efetivação dos objetivos impostos pelo programa, alicerçado pelos princípios da reforma sanitária e tendo como o foco a reorganização da atenção básica, garantindo a oferta de serviços à população brasileira e o fortalecimento dos princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade do SUS.

Para o Conselho Federal de Enfermagem o profissional de enfermagem integra a equipe de saúde participando das ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais. No contexto do programa Saúde da Família este profissional apresenta uma diversidade de ações que contemplam o perfil dinamizador dos gestores em saúde coibindo as dificuldades implícitas em qualquer processo gerencial com vistas a alcançar seus objetivos em prol da saúde da população.

Com base no exposto observa-se a necessidade de pesquisar sobre as práticas e percepções do enfermeiro gestor no atendimento das metas impostas pelo Programa Saúde da Família.

1.1 PROBLEMA

A partir da descentralização do Sistema único de Saúde (SUS), ocorreram mudanças na gestão e prestação de serviços no setor da saúde. Neste contexto a enfermagem tem participado de forma expressiva na ampliação do Programa Saúde da Família no desenvolvimento de ações gerenciais. Partindo desse pressuposto e com base no panorama atual da saúde no Brasil, reconhecemos que o desenvolvimento da competência gerencial do

enfermeiro é uma tarefa complexa e árdua, um vez que o enfermeiro gestor depara-se com a complexidade da família além de mudanças políticas, econômicas, sociais e éticas, deixando de atuar apenas de forma assistencial e técnica, as quais são as principais bases de sua formação profissional, necessitando de uma nova postura no atendimento que envolve os aspectos relacionados à dinâmica familiar, suas funções, desenvolvimento e características sociais, culturais, demográficas e epidemiológicas. Saindo da tradicional oferta de serviços para a população e partindo para a vigilância em saúde, no sentido atender a estratégia de organização da atenção básica. Sendo assim é importante perceber:

- Que atividades gerenciais são desenvolvidas pelo enfermeiro na prática cotidiana no PSF?
- Que percepção o enfermeiro gestor tem sobre a efetivação das metas a serem alcançadas pelo programa Saúde da Família?
- Quais as dificuldades encontradas pelo enfermeiro gestor na aplicabilidade da prática cotidiana para efetivação da estratégia do programa?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

- Conhecer as atividades gerenciais do enfermeiro no Programa Saúde da Família.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Listar as atividades gerenciais e gerais desenvolvidas pelo enfermeiro gestor no PSF;
- Analisar a percepção do enfermeiro gestor com sua prática cotidiana, quanto ao alcance das metas impostas pelo programa;
- Identificar as dificuldades nas práticas cotidianas do enfermeiro gestor, para o alcance dos objetivos impostos pelo Programa Saúde da Família.

Esta dissertação apresenta-se organizada da seguinte forma:

Capítulo I – Aborda o tema no contexto geral enfatizando as políticas públicas de saúde e o enfermeiro gestor, além de apresentar os objetivos propostos na pesquisa.

Capítulo II – Neste capítulo, a fundamentação teórica compartilha a idéias de vários autores a cerca dos diversos assuntos propostos no estudo.

Capítulo III- Aqui faz-se uso da trajetória da metodologia, na busca de dados de interesse para a pesquisa, e o instrumento utilizado para esses fim.

Capítulo IV- Neste capítulo foram elencadas cinco categorias temáticas no sentido de discutir as diversas falas dos informantes, no sentido de atender os objetivos propostos pelo estudo.

Capítulo V- As considerações finais permitiram expor o alcance dos objetivos e a proposta de mudanças na grade curricular do enfermeiro, com vistas a atender a família em seu contexto demográfico, político e social.

CAPÍTULO II- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL

Segundo Bacelar (2003), o Estado brasileiro é, tradicionalmente, centralizador. A tradição de assumir muito mais o objetivo do crescimento econômico e muito menos o objetivo de proteção social ao conjunto da sociedade, fez com que o Estado adquirisse uma postura de fazedor e não de regulador. Saindo da condição de Estado regulador, mas de Estado fazedor, não temos tradição de Estado que regula, que negocia com a sociedade os espaços políticos, o que só hoje estamos aprendendo a fazer. O Estado regulador requer o diálogo entre governo e sociedade civil, e nós não temos tradição de fazer isso. O Estado centralizador, em muitos momentos da nossa vida recente, junta-se ao autoritário. Tivemos uma longa ditadura no período Vargas e, depois, uma longa ditadura nos governos militares pós-64. Então, o viés autoritário é muito forte nas políticas públicas do país.

A trajetória das políticas públicas de saúde no Brasil é abordada cronologicamente por Junior & Junior (2006), em seu artigo demonstrando as diversas mudanças neste contexto até o surgimento do programa saúde da família conforme texto abaixo:

No período de 1897 até 1930 os assuntos relacionados com a saúde, como funções públicas, eram tratados no Ministério da Justiça e Negócios Interiores, em específico, na Diretoria Geral de Saúde Pública. Onde a assistência à saúde ofertada pelo Estado até a década de 1930 estava limitada às ações de saneamento e combate às endemias.

Em 1930 foi criado o Ministério da Educação e Saúde. As atenções predominantes dos governos até então, estavam voltadas às ações de caráter coletivo. A partir desta década a ênfase governamental começa a se deslocar para a assistência médica individual.

A partir de 1933, surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), entidades de grande porte abrangendo os trabalhadores agrupados por ramos de atividades. Tais institutos foram o IAPTEC (para trabalhadores em transporte e cargas), IAPC (para os comerciários), IAPI (industriários), IAPB (bancários), IAPM (marítimos e portuários) e IPASE (servidores públicos). O modelo inicial da assistência médica não era universal e

baseava-se nos vínculos trabalhistas. Tinham direito aos benefícios somente trabalhadores que contribuía para a Previdência, ou seja, aqueles “com carteira assinada”.

Em 1948, durante o mandato do General Eurico Gaspar Dutra, o governo federal formula o Plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia). Em 1953, ainda sob a influência do Plano, foi criado o Ministério da Saúde (MS) que se dedica às atividades de caráter coletivo, como as campanhas e a vigilância sanitária.

As várias instituições previdenciárias e a multiplicidade de tratamentos aos seus usuários motivaram o governo à uniformização dos métodos com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social, em agosto de 1960. Os direitos e deveres passaram a ser semelhantes orientados pela lei, o que viria a facilitar no futuro, a fusão dos IAP.

Em 1966, da fusão dos IAP originou-se o INPS – Instituto Nacional de Previdência Social que uniformizou e centralizou a previdência social. Nesta década a previdência social se firmou como principal órgão de financiamento dos serviços de saúde.

Para o mesmo autor na década de setenta, a política de saúde encontrava-se totalmente polarizada entre as ações de caráter coletivo, como os programas contra determinados agravos, vacinação, vigilância epidemiológica e sanitária, a cargo do Ministério da Saúde e, a assistência médica individual centrada no INPS, órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), criado em 1974.

Em 1972 iniciou-se a ampliação da abrangência previdenciária. As empregadas domésticas e os trabalhadores rurais foram beneficiados pela cobertura de assistência médica no sistema de saúde e, em **1973** incorporaram-se os trabalhadores autônomos.

Em 1974 surge o PPA - Plano de Pronta Ação e o FAS - Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social para enfrentar a crescente demanda curativa. O FAS, fundo de recursos públicos, emprestava dinheiro a juros subsidiados. Tais recursos eram utilizados predominantemente para a construção de hospitais privados. Estes garantiam o retorno do capital através do credenciamento junto ao INPS.

A primeira tentativa de regulamentação do papel dos municípios na política de saúde data de 1975, com a Lei 6.229 de 17 de julho de 1975. Tratando da organização do Sistema Nacional de Saúde, continha, em seu artigo primeiro as competências do município: 1) a manutenção dos serviços de saúde, em especial os de Pronto Socorro. 2) manter a vigilância epidemiológica. 3) articular os planos locais de saúde com os estaduais e federais. 4) integrar seus serviços no sistema nacional de saúde. Esta Lei objetivou a extensão da cobertura. A maior parte das prefeituras gastou seus recursos em atendimentos especializados, notadamente os de pronto socorro dando pouca atenção aos atendimentos primários. De fato, sob a Lei 6.229/75, a municipalização não prosperou.

Em 1976, é fundado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES – que marca o início da mobilização social que se convencionou chamar Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). O Movimento nasceu nos Departamentos de Medicina Preventiva e no Curso de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e rapidamente se expandiu entre os profissionais de saúde, tendo como principal meio de difusão de idéias a revista do CEBES, Saúde em Debate.

Em 1977 o governo cria o SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social através da Lei 6.439/77. As seguintes instituições compunham o SINPAS:

- 1) Instituto Nacional de Previdência Social - INPS;
- 2) Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS;
- 3) Fundação Legião Brasileira de Assistência - LBA;
- 4) Fundação Nacional do Bem Estar do Menor - FUNABEM;
- 5) Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social - DATAPREV;
- 6) Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social - IAPAS;
- 7) Central de Medicamentos - CEME.

O primeiro encontro municipal do setor saúde, realizado em Campinas em maio de 1978, concluiu pela atenção primária à saúde como prioridade dos municípios deixando os casos mais complexos (atendimentos secundários e terciários) para a União e para os Estados.

Em maio de 1980, na VII Conferência Nacional de Saúde, surgem as idéias que iriam ganhar forma em um programa racionalizador do INAMPS denominado PREVSAÚDE com o objetivo de Generalizar o desempenho obtido com o Programa PIASS voltado à assistência primária.

Em 1982 surge o “plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social” elaborado pelo Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária, conhecido como Plano do **CONASP** que foi criado para racionalizar as ações de saúde. O modelo curativo dominante começa a ser abalado. Este plano atuou sobre a racionalização das contas com os gastos hospitalares dos serviços contratados com o sistema Sistema de Assistência Médico- hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), pondo fim à modalidade em uso, denominada pagamento por unidade de serviço. Além disso, o Plano refere-se também ao aproveitamento da capacidade instalada de serviços ambulatoriais públicos.

Como consequência do Plano do CONASP, visando conseguir uma maior e melhor utilização da rede pública de serviços básicos, em 1982 foram firmados convênios trilaterais envolvendo os Ministérios da Previdência Social, Saúde e Secretarias de Estado de Saúde, os quais posteriormente foram substituídos pelas Ações Integradas de Saúde (AIS), com o objetivo da universalização da acessibilidade da população aos serviços de saúde. As AIS incorporaram os serviços estaduais e municipais à rede de serviços pagos pelo INAMPS integrando as esferas de governo em comissões interinstitucionais de saúde.

As discussões da VIII Conferência Nacional da Saúde, em março de 1986, resultaram na formalização de propostas, ensejando mudanças baseadas no direito universal à saúde, acesso igualitário, descentralização acelerada e ampla participação da sociedade. A Conferência já apontava para a municipalização como forma de executar a descentralização. As bases do sistema atual, o Sistema Único de Saúde (SUS) foram dadas por esta conferência que envolveu mais de 5.000 participantes e produziu um relatório que subsidiou decisivamente a Constituição Federal de 1988 nos assuntos de Saúde.

A Constituição Federal de 1988 deu nova forma à saúde no Brasil, estabelecendo-a como direito universal. A saúde passou a ser dever constitucional de todas as esferas de governo sendo que antes era apenas da União e relativo ao trabalhador segurado. O conceito de saúde foi ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas. A assistência é concebida de forma integral (preventiva e curativa). Definiu-se a gestão participativa como importante inovação, assim como comando e fundos financeiros únicos para cada esfera de governo.

As Leis 8.080/90 e a 8.142/90 são singularmente relevantes para o novo modelo, uma espécie de estatuto da saúde no Brasil. A Lei 8.080/90 sedimenta as orientações constitucionais do Sistema Único de Saúde. A Lei 8.142/90 trata do envolvimento da comunidade na condução das questões da saúde criando as conferências e os conselhos de saúde em cada esfera de governo como instâncias colegiadas orientadoras e deliberativas, respectivamente. As conferências, instaladas de quatro em quatro anos, têm a participação de vários segmentos sociais; nelas são definidas as diretrizes para a formulação da política de saúde nas respectivas esferas de governo.

A Lei 8.142/90 também define as transferências de recursos financeiros diretamente de fundo a fundo sem a necessidade de convênios, como por exemplo, as transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde para Fundos Estaduais e Municipais.

Particularmente importante para a municipalização foi a NOB de 1996, de fato só implementada em 1998, que definiu modalidades de gestão. A modalidade mais avançada, denominada Gestão Semiplena, alargava as possibilidades de autonomia administrativa para a gestão dos recursos financeiros da União repassados aos municípios. Esta modalidade resultou em maior capacidade de planejamento para os municípios.

Em 13 de setembro de 2000 foi promulgada a Emenda Constitucional 29 com o objetivo de definir a forma de financiamento da política pública de saúde de maneira vinculada à receita tributária. O financiamento do SUS passou a ser garantido constitucionalmente. A base vinculável é composta pelos impostos pagos deduzidas as transferências entre governos.

No Brasil, país que integra o conjunto de países considerados ricos com relação ao Produto Interno Bruto (PIB), verifica-se que, apesar da tendência declinante da desigualdade de renda entre 1995 e 2004, mais de um terço da população é pobre. Ao mesmo tempo, se abandonamos os dados de renda monetária e incorporamos outras importantes dimensões da desigualdade, tais como o acesso à educação, serviços de saúde, terra e saneamento, percebemos a existência de amplos contingentes da população privados de direitos básicos de cidadania.. (Magalhães; Burlandy & Senna, 2007)

O 1º Simpósio Nacional de Políticas de Saúde, realizado em 1979, em Brasília, apresentou pela primeira vez uma proposta para reestruturação do sistema de saúde em vigor, denominada Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS). O projeto, arrojado para época, propunha um sistema cujo propósito era a universalização do direito à saúde, integrando ações preventivas e curativas, e com democrática participação da população. Ainda nesse Simpósio foi discutido o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). O PIASS, implantado no mesmo ano, tinha como objetivo principal ampliar as ações ambulatoriais da rede pública. (Ferro; Lourenço & Filho, 2006)

Apesar dos avanços que o SUS alcançou na última década, coexistem ainda aspectos inovadores e conservadores desse sistema, como característica da atenção à saúde no Brasil. O aspecto inovador refere-se aos princípios e ao próprio perfil da proposta do sistema, bem como à qualidade dos debates e da produção intelectual do campo específico. O caráter conservador se expressa na baixa institucionalidade alcançada entre a formulação e a execução efetiva de ações transformadoras das práticas de saúde. Percebe-se não haver permeabilidade entre a modernidade conceitual e legal e o conservadorismo das práticas de saúde, centradas num modelo assistencial circunscrito a respostas a demandas imediatas, medicalização da saúde e alta tecnologia de caráter hospitalocêntrico. (Oliveira et al, 2008).

Com a reforma sanitária iniciada há poucas décadas no Brasil a partir da criação do SUS, muito já avançamos na efetivação do direito humano à saúde. Atualmente, a população brasileira sabe e reconhece a importância do SUS. Hoje, 80% dos brasileiros/as se beneficiam exclusivamente do SUS na atenção à saúde, e 100% da população se beneficia das ações coletivas como a vigilância sanitária (controle dos alimentos, bebidas, remédios e ambientes

de trabalho) e epidemiológica (vacinas e controle de epidemias). No entanto, se o SUS é reconhecido como um dos melhores sistemas de saúde do mundo, por outro lado, sua implementação ainda deixa muito a desejar e encontra grandes problemas. O enfrentamento destes problemas não depende de soluções mágicas ou de ações de curto prazo. (Schneider et al, 2009).

A implementação de políticas saudáveis impõe uma agenda de gestão que implica ações intersetoriais. Entre os grupos de atores interessados na questão da saúde humana, há um reconhecimento que a forma hegemônica, biomédica, de intervenção do setor saúde apresenta baixo impacto sobre os graves e complexos problemas de saúde do mundo moderno. Agravos de gênese complexa, como a violência, tornam evidente esta posição. O conhecimento especializado e fragmentado não tem capacidade de explicar os problemas e nem a ação setorial estrita capacidade de resolvê-los. A concepção ampliada de saúde exige que profissionais e instituições, com campo de ação ou de interesses ligados à saúde, assumam a responsabilidade de atuar como mediadores entre estes diversos interesses que atravessam a produção da saúde. (Moysés; Moysés & Krempel, 2004).

Apesar dos desafios postos ao sistema de saúde pública do Brasil, há avanços no sentido articulador para o desenvolvimento social por meio de ações estratégicas de saúde. O SUS é uma política pública que apresenta como uma possibilidade de enfrentamento da exclusão, da desigualdade, para a melhoria da qualidade de vida. Os serviços prestados por essa política pública alcançam toda a população, até mesmo àqueles que pagam por serviços privados, com ações como campanhas de vacinação, ações de prevenção e promoção da saúde, medidas educativas e preventivas, atendimentos do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, etc; neste sentido a assistência à saúde consegue ser universal e ainda seguir o princípio da equidade, por meio de ações do Programa de Saúde da Família - PSF, por exemplo. (Teles,2008)

De acordo com Ferro; Lourenço & Filho (2006), em 1980, o Governo apresentou a proposta para implantação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE). Nesse programa, as ações voltadas para os cuidados básicos de saúde retornariam como foco da atenção, além disso, propunha integrar os Ministérios da Saúde e da

Previdência. O PREV-SAÚDE, além de propor a integração de ações no setor público, redesenhava a rede de saúde. Era uma proposta para articulação dos serviços, que envolvia instituições do setor público e privado. A articulação era uma estratégia para ampliar e universalizar os cuidados básicos de saúde em todo território nacional.

2.2 DINÂMICA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) NO BRASIL

Em 1988, a promulgação da nova Constituição Brasileira estabeleceu o lema: “Saúde é direito de todos e dever do Estado”, ou seja, todo brasileiro tem garantido por lei o acesso às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Nesse processo, foi idealizado o Sistema Único de Saúde (SUS) que tem por base os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade. (Brasil, 1988).

A partir desse período, várias iniciativas institucionais legais e comunitárias foram criando condições de viabilização do direito à saúde de acordo com a Lei 8.080/90 - “Lei Orgânica da Saúde”, promulgada pelo Ministério da Saúde que regulamenta o SUS. Segundo essa Lei, a saúde não é só a ausência de doenças e é determinada por uma série de fatores presentes no dia-a-dia, tais como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, educação, lazer etc. Outra Lei, a 8.142/90, regulamenta a participação da comunidade na gerência do SUS através das Conferências e dos Conselhos de Saúde. Foram criadas, também, as Normas Operacionais Básicas (NOB) que é um instrumento jurídico-institucional editado periodicamente pelo Ministério da Saúde para aprofundar e reorientar a implementação do SUS; definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimento tático-operacional; regular as relações entre os seus gestores e normatizar o SUS. (Ministério da Saúde, 2003).

No Brasil a origem do PSF remonta criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 como parte do processo de reforma do setor da saúde, desde a Constituição, com intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde. Em 1994 o Ministério da Saúde, lançou o PSF como política nacional de atenção básica, com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao

modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais. (Ministério da Saúde, 1997)

O Ministério da Saúde (1994), determina que para implantação do PSF deve-se ter uma clientela de, no máximo, 4.500 pessoas e uma equipe composta de no mínimo, um médico, um enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Nas décadas de setenta e noventa houve a expansão de novos municípios no Brasil principalmente para municípios de pequeno porte, com até cinco mil habitantes, configurando uma situação em que a maioria dos municípios brasileiros, cerca de 75%, possuía menos de 20.000 habitantes, em 1996. O PSF, implantado inicialmente em áreas de risco nutricional, expandiu-se rapidamente, em janeiro de 2001, já existiam equipes do PSF nos 27 estados da Federação, atingindo cerca de 90% dos municípios brasileiros. Mesmo assim, a cobertura populacional pelo PSF situa-se em torno de um terço dos habitantes do país, o que pode ser atribuído, pelo menos em parte, à maior dificuldade de sua implantação nas maiores cidades, que concentram um grande contingente populacional. (Henrique & Calvo, 2009)

2.3 LEGISLAÇÃO DO PSF NO BRASIL

Brasil (1994), ressalta que a implantação do PSF tem como objetivo geral “melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS e dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade”. Neste sentido reorganiza a prática da atenção à saúde em novas bases e substitui o modelo tradicional, levando a saúde mais perto da família e, com isso, melhora a qualidade de vida da população Brasileira.

Em sua evolução este programa vem sendo ampliado e reformulado cronologicamente através de portarias, que ajustam e definem as características inseridas no âmbito de sua inserção.

PORTARIA Nº 692 DE 25 DE MARÇO DE 1994: Considera o Programa de Saúde da Família (PSF) como metas do Ministério da Saúde; e considerando a implantação e a implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), do Ministério da Saúde; e o modelo assistencial do PSF dá prioridade, além da assistência médica individual, a ações de proteção e promoção à saúde:

PORTARIA Nº 1.886, DE 18 DE DEZEMBRO DE 1997-Estabeleceu no seu Plano de Ações e Metas priorizar os Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família, estimulando a sua expansão como importante estratégia para contribuir no aprimoramento e na consolidação do Sistema Único de Saúde, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar, aprova Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família com vistas a regulamentar a implantação e operacionalização dos referidos Programas.

PORTARIA N.º 157, DE 19 DE FEVEREIRO DE 1998.- Estabelece os critérios de distribuição e requisitos para a qualificação dos Municípios aos incentivos ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e ao Programa de Saúde da Família.

PORTARIA Nº 2.101, DE 27 DE FEVEREIRO DE 1998- Publica procedimentos e valores do PACS e PSF e pública metas físicas e financeiras para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e Programa de Saúde da Família – PSF.

PORTARIA Nº 3.395, DE 30 DE JULHO DE 1998-Estabelece novas metas físicas e financeiras dos Estados, referentes ao incentivo ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e ao Programa de Saúde da Família.

PORTARIA Nº 3.640, DE 18 DE SETEMBRO DE 1998- Estabelece novas metas físicas e financeiras para os Estados e o Distrito Federal, referentes aos incentivos financeiros aos Programas de Saúde da Família – PSF e de Agentes Comunitários de Saúde – PACS.

PORTARIA Nº 61, DE 3 DE MARÇO DE 1999-Estabelece que os efeitos financeiros da qualificação de Municípios aos incentivos dos Programas Saúde da Família - PSF e Agentes Comunitários de Saúde - PACS passem a vigorar a partir da competência seguinte ao mês da entrada da Delegação de Incentivos no Ministério da Saúde e dá outras providências.

DECRETO N.º 3.189, DE 4 DE OUTUBRO DE 1999-Fixa diretrizes para o exercício das atividades de Agente Comunitário de Saúde (ACS).

PORTARIA Nº 124/GM, DE 16 DE FEVEREIRO DE 2000-Dispõe sobre a transferência das ações relativas ao Programa de Saúde da Família – PSF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, para a Secretaria de Políticas de Saúde, e dá outras providências.

PORTARIA Nº 1.444, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2000-Cria o incentivo de Saúde Bucal para financiamento de ações e da inserção de profissionais de saúde bucal no Programa de Saúde da Família.

PORTARIA Nº 267, DE 6 DE MARÇO DE 2001-Aprova as normas e diretrizes de inclusão bucal na estratégia do Programa de Saúde Família (PSF).

PORTARIA Nº 2.167, DE 21 DE NOVEMBRO DE 2001-Define critérios de suspensão imediata da transferência dos recursos financeiros ao PSF e à Atenção à Saúde Bucal.

Lei Nº 10.507, de 10 de julho de 2002. -Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências.

PORTARIA Nº 674, DE 3 DE JUNHO DE 2003-Estabelece dois tipos de incentivo financeiro vinculado à atuação de Agentes Comunitários de Saúde, integrantes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde ou do Programa de Saúde da Família.

PORTARIA Nº 675, DE 3 DE JUNHO DE 2003-Estabelece como critério para a definição do valor do incentivo financeiro para custeio do Programa de Saúde da Família, a cobertura populacional do Programa num determinado Município.

PORTARIA nº 396, de 04 de abril de 2003-Reajusta os valores dos incentivos financeiros aos Programas de Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde e às Ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa de Saúde da Família.

PORTARIA Nº 2.513, de 23 de novembro de 2004-Atualiza o valor do incentivo adicional aos Agentes Comunitários de Saúde, integrantes do Programa Agentes Comunitários de Saúde ou do Programa Saúde da Família.

PORTARIA Nº 873, de 08 DE JUNHO DE 2005- Fixa o valor do incentivo de custeio ao Programa Agentes Comunitários de Saúde.

PORTARIA Nº 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006- Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A qual estabelece que o PSF é estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organização da atenção básica.

PORTARIA Nº 2.226, DE 18 DE SETEMBRO DE 2009-Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família.

PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011-Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

2.4 NOVO OLHAR PARA O MODELO ASSISTENCIAL

Na visão de (Escorel et al, 2007), A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil a partir da década de 1990 representou uma importante inflexão no padrão historicamente consolidado de organização dos serviços de saúde no país. Financiado com recursos fiscais, o SUS fundamentou-se em três princípios básicos: 1) universalidade do acesso aos serviços em todos os níveis de assistência para todos os cidadãos brasileiros, independentemente de renda, classe social, etnia, ocupação e contribuição; 2) descentralização em direção aos estados e municípios, com redefinição das atribuições e responsabilidades dos três níveis de governo; e 3) participação popular na definição da política de saúde em cada nível de governo, bem como no acompanhamento de sua execução.

“Após décadas de privilégio à atenção hospitalar, herança da medicina previdenciária, em que a alocação de recursos federais em estados e municípios se dava com base principalmente na produção de serviços e na capacidade instalada, os esforços, programas e investimentos públicos passaram a se concentrar na atenção básica, com a adoção do Programa de Saúde da Família (PSF), por meio de incentivos financeiros específicos e da criação de mecanismos de transferência de recursos federais calculados com base no número de habitantes de cada município (*per capita*). A implantação do PSF é um marco na incorporação da estratégia de atenção primária na política de saúde brasileira. A doutrina de cuidados primários de saúde da conferência de Alma-Ata já havia, anteriormente, influenciado a formulação das políticas de saúde no Brasil, e seus princípios foram traduzidos no novo modelo de proteção social em saúde instituído com o SUS. Contudo, uma política específica, nacional, de atenção primária para todo o país nunca havia sido formulada, ainda que diversas experiências localizadas tenham sido implementadas de modo disperso. Surgido em 1994 e inicialmente voltado para estender a cobertura assistencial em áreas de maior risco social, o PSF aos poucos adquiriu centralidade na agenda governamental. Desde 1999, passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, com vistas a reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde. A estratégia de saúde da família incorpora os princípios do SUS e se aproxima dos pressupostos da atenção primária em saúde dimensionados por Starfield (primeiro contato, longitudinalidade, abrangência do cuidado, coordenação e orientação à família e às comunidades), buscando romper com a noção de uma atenção de baixo custo simplificada”. (Escorel et al, 2007, p.174).

O Programa Saúde da Família surgiu em 1994 com o propósito de ampliar o acesso da população aos serviços básicos de saúde, numa conjuntura neoliberal que põe em risco a universalidade do sistema de saúde brasileiro. Por outro lado, assume diretrizes consoantes com o SUS, ou seja, integralidade, resolutividade e intersectorialidade das ações, trabalho em equipe, vínculo de corresponsabilidade às famílias assistidas e estímulo à participação social,

e se propõe como estratégia para a organização da rede básica de serviços de saúde, com repercussões para o sistema de saúde. “Entre programa de saúde pública e a estratégia de mudança, Saúde da Família segue os dilemas do SUS, qual seja, de pretender ser universal e igualitário, numa realidade neoliberal e com pouca cidadania organizada para exigir oportunidades de vida”. (Pires & Gottens, 2009, p.295).

Neste enfoque, (Lourenção & Soler, 2004), consideram que a Saúde da Família (SF) surge como uma estratégia prioritária no tocante à reestruturação do setor, tendo como eixo a atenção básica e tomando impulso a partir de 1996, com a operacionalização da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, a NOB-SUS 963,4. A decisão do Ministério da Saúde de priorizar a SF faz parte da estratégia de reorganização da Atenção Básica. Entretanto, várias dificuldades perpassam a implantação e consolidação da SF, inclusive as relacionadas aos recursos humanos e financeiros, sendo necessário avaliar o impacto e o funcionamento da implantação e estruturação do programa no Brasil. Como a SF repercute em componentes técnicos, políticos e comportamentais, uma proposta de avaliação deve debruçar-se sobre esses eixos, numa perspectiva organicamente política e técnica, incluindo aspectos quantitativos e qualitativos.

“A estratégia Saúde da Família apresenta-se como alternativa de superação do paradigma dominante no campo da saúde. Propõe a mudança na concepção do processo saúde-doença, saindo do pólo tradicional de oferta de serviços voltada para a doença para investir em ações que articulam a saúde com condições de vida, incorporando a prática da vigilância à saúde. O objetivo da Saúde da Família é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional da assistência, orientado para a cura de doenças e hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o território, o que vem possibilitando às Equipes de Saúde da Família (ESF) uma compreensão ampliada do processo saúde/ doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas. Os princípios e diretrizes do SF são de responsabilidade do Ministério da Saúde, seu processo de implementação e articulação com um conjunto de processos político-institucionais, técnico-organizativos e operacionais, que ocorrem em nível de sistema de saúde Estadual, vindo apresentar características e resultados específicos em nível municipal.”. (Lourenção & Soler, 2004,p.159).

A estratégia Saúde da Família reafirma e incorpora os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), isto é, a universalização, descentralização, integralidade das ações e participação da comunidade. Está estruturada a partir da Unidade de Saúde da Família (USF), com equipe multiprofissional, que passa a ser responsável pelo acompanhamento permanente da saúde de um número determinado de indivíduos e famílias que moram no espaço territorial

próximo, possibilitando o estabelecimento de vínculos de compromisso e de coresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Esta nova estratégia contribui, ainda, para o reordenamento dos demais níveis de complexidade do sistema de saúde, de forma que se mantenha o compromisso com o acesso da população em todos os níveis de assistência”.(Lourenção & Soler, 2004, p.159).

No estudo de Ronzani & Silva (2008) foi evidenciado, que algumas mudanças importantes para a reestruturação do sistema de saúde brasileiro ainda não puderam ser feitas. Além disso, verificaram que os atores envolvidos na proposta do PSF têm expectativas diferentes quanto ao programa, o que pode provocar o comprometimento da resolutividade da proposta nas equipes analisadas. Em geral, os profissionais e gestores se valem de um discurso inovador, de que “PSF é prevenção”, ou mais que isso, PSF é prevenção, promoção e também tratamento. Com base nesse pressuposto, criticam os usuários que não entendem qual é a proposta ou que têm urgência de serem atendidos, mas suas práticas se orientam, grande parte das vezes, apenas por ações curativas, ainda quando propõem prevenção e promoção da saúde.

De acordo com a constituição brasileira de 1988 em seu art.196, a “saúde é um direito de todos e dever do Estado” e seu acesso deve ser universal e igualitário. Através de seu art.198 afirma ainda que as ações e serviços públicos integram uma rede regionalizada e integrada constituindo o Sistema único de Saúde (SUS) o qual deve ser organizado e com descentralização dos serviços em cada esfera do governo, enfatizando a participação da comunidade e o atendimento integral com prioridade nas atividades preventivas, sem desmerecimento dos serviços assistenciais (Brasil, 1988).

De acordo Schneider et al (2007), quando a atenção básica não é bem estruturada e não é reconhecida como estratégica, acaba ganhando força a lógica hospitalocêntrica, mantendo o cidadão em relação direta com o hospital. Esse ainda é um dos grandes problemas do SUS e por isso a Atenção Básica precisa ser qualificada. Com a proposta do Pacto pela Saúde, a organização da Atenção Básica tem como foco principal o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, ampliando a *-promoção da integralidade. A Estratégia Saúde da Família busca promover a reorientação das práticas e ações de saúde que passa a

acontecer de forma contínua e próxima da família, com humanização e acolhimento, fortalecendo assim o vínculo entre os profissionais e os usuários, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais e ampliando o acesso da população em situação de desigualdade.

Oliveira; Gonçalves & Pires (2011) abordam em seu artigo a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em municípios do Estado do Amazonas, Brasil, analisando indicadores de cobertura populacional potencial, indícios de mudança do modelo assistencial e índice de impacto (2004 e 2008). A classificação de implantação foi intermediária e insatisfatória. Os resultados mostram aumento no número de municípios com PSF implantado, assim como na cobertura do programa, porém ainda abaixo de 50% da cobertura populacional. Para a dimensão de mudança no modelo assistencial, não foram observados municípios com alto índice de mudança. No índice de impacto houve diminuição no baixo impacto e aumento do alto impacto. O teste estatístico indica que a classificação final não apresentou mudança estatisticamente significativa entre um ano e outro, prevalecendo nos municípios do Estado do Amazonas a classificação de implantação insatisfatória. A avaliação do PSF não é algo simples, pois há vários fatores que contribuem para essa problemática.

2.5 GESTÃO EM SAÚDE NO BRASIL

A Constituição Federal de 1988 outorgou ao país o Sistema Único de Saúde, determinando a integração de todos os múltiplos serviços públicos de saúde: previdenciários e de saúde pública, municipais, estaduais e federais. Assinalando ainda que se optou chamar o novo Sistema de Único, e não Nacional, certamente para enfatizar a importância conferida à unificação da saúde. Todavia, para realizar os preceitos constitucionais do SUS seriam necessárias outras medidas além da unificação, que foram sendo implantadas gradualmente, como redefinir os papéis e as relações entre órgãos em cada nível de governo, entre estados e governo federal bem como entre os municípios e os estados.(Rocha, 2005).

“Até então não havia no Brasil sistemas de saúde integrados sob comando único; os serviços públicos de saúde estavam “dispersos” em estabelecimentos com

vínculos diversos: hospitais e laboratórios – municipais, estaduais e federais, redes ambulatoriais municipais, serviços especializados – de saúde mental, pronto socorros, etc. com filiações múltiplas, o que significava financiamento de fontes diversas, múltiplos gerentes, regimes de trabalho diversos, etc. Estes conglomerados conformavam uma estrutura pública dos serviços de saúde e não propriamente um sistema. Naquelas circunstâncias, pensar nos problemas da direção de um sistema de saúde integral era apenas um assunto teórico, objeto de análise nas questões do planejamento em saúde, e não uma questão prática⁴. A importância dos sistemas integrados reside na sua capacidade superior em resolver problemas e atender às necessidades de saúde da população – superioridade esta decorrente da racionalidade implantada pela direção única que comanda dentro de uma mesma lógica as ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento e reabilitação – conferindo ao conjunto elevado desempenho, demonstrável através de indicadores do nível de saúde da população - nível de macro-eficiência nunca alcançado por outros modelos de saúde.” (Rocha, 2005,p.22).

No plano analítico recente das reformas do sistema de saúde, podemos situar dois momentos referenciais: a definição constitucional do Sistema Único de Saúde, na década de 1980, e a definição macropolítica da reforma do Estado. Na área de RH em saúde, esses marcos não são tão delimitados e se desenvolvem em um *mix* inovador e conservador com uma característica marcante: inovador, pela qualidade dos debates e da produção intelectual no campo específico e, ao mesmo tempo, conservador, pela baixa institucionalidade alcançada entre a formulação do sistema de saúde focadas na área de recursos humanos. (Pierantoni, 2001).

No estudo de Abrahão, Martins & Geisler (2008), o setor saúde avança, ao longo da última década, com políticas orientadas para a descentralização das ações e dos serviços, mas em sua forma de gerenciar, ainda esbarra em um modo herdado da administração científica. Neste sentido, a área de gestão tem como desafios: superar o modelo tradicional centrado em aspectos financeiros e de administração de material; desenvolver linhas teóricas que consigam um olhar diferenciado para as especificidades; superar o reducionismo na atenção à saúde e, por fim, criar práticas democráticas na dinâmica gerencial. A reforma do modelo de gestão para a área pública deveria pautar-se na descentralização, no planejamento e na avaliação.

As novas competências gerenciais, integradas à gestão participativa, necessitam ser construídas no coletivo, no e pelo trabalho possibilitando a criação de estratégias para gerir a competitividade, a complexidade, a adaptabilidade, o trabalho em equipe, a incerteza e o

aprendizado permanente levando à co-gestão. Para produzir democracia na organização do trabalho em saúde, o processo de co-gestão “cria espaços de poder compartilhado e possibilita a ampliação significativa da aprendizagem no trabalho, podendo contribuir para estimular o compromisso e a responsabilização pelo processo e por seus resultados”. Portanto, o compartilhar é uma estratégia potente do crescimento coletivo. Esses conceitos são intrinsecamente vinculados à idéia de descentralização e de autonomia que, juntamente, com a participação, constituem as estratégias da gestão democrática compartilhada/participativa. (Ronzani & Silva, 2008)

Kleba & Vendruscolo (2011) afirmam que a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), no início da década de 90, no Brasil, trouxe novos e inúmeros desafios à gestão e gerência em saúde coletiva. Culminando com a descentralização político-administrativa e a universalização do acesso aos serviços de saúde, permitindo aos os gestores municipais e gerentes de unidades de saúde assumirem um papel fundamental no planejamento e na execução dos serviços. Como parte de suas atribuições, estes devem cumprir e fazer cumprir os princípios e diretrizes do SUS, com destaque para a resolutividade das ações, incluindo o

Para Noronha & Filho (2011) a comunidade do PSF e a sociedade, de certa forma, veneram o modelo médico centrado. Sua pesquisa evidenciou que a presença dessas concepções na equipe talvez ainda esteja atrelada à formação biomédica dos profissionais. Outra evidência constatada para a manutenção dessa concepção no imaginário social coletivo da sociedade se deve talvez às poucas transformações que ocorreram até o momento, no contexto da formação dos profissionais e que, por sua vez, influenciam o contexto sociocultural da sociedade; no entanto, sabe-se do grande potencial que os profissionais do PSF possuem através da educação em saúde, em atuar como agentes pedagógicos reconduzindo essa concepção junto à sociedade.

Essas oportunidades podem ser proporcionadas por gerentes e gestores, através de uma atuação diferenciada de supervisão possibilitando que profissionais sejam capazes de interagir de forma permanente, construindo e reconstruindo dialeticamente novos conhecimentos, ante as peculiaridades locais em que trabalham. Vivenciar espaços diferenciados de aprendizagem ativa o potencial transformador dos sujeitos implicados, na

direção de um entendimento do conhecimento como algo que não apenas conhece as coisas, e sim como algo que pode mudar as coisas. (Noronha & Filho, 2011).

“O perfil da gestão sanitária mudou desde a implantação do SUS, destacando-se a inversão da lógica de predomínio de instituições privadas na área da saúde. Em 25 anos (1980-2005), o número de estabelecimentos de saúde mais que triplicou. Em 1980, os estabelecimentos privados compunham mais de 65% de todos os estabelecimentos de saúde, e, em 2005, os estabelecimentos públicos passam a representar 56,4% 7,8, reconhecendo-se que tal incremento deve-se, principalmente, à expansão da atenção básica. Observou-se, também, que a proporção de empregos públicos sofreu uma mudança significativa dos números no setor saúde. Enquanto, no ano de 1980, a esfera federal detinha mais de 42% do total das vagas de emprego, e a esfera municipal, apenas 16,2%; em 2005, os empregos da esfera municipal passam a representar 68%, e os federais, apenas 7,3% 7,8. Um dos grandes responsáveis por tais mudanças é o Programa Saúde da Família (PSF), o qual significa a reorganização do SUS através da atenção básica, o que favorece a maior aproximação da população com os serviços, tanto pelo estabelecimento de vínculos, como pelo trabalho multiprofissional . O PSF propõe a adscrição dos usuários em um determinado território, os quais se vinculam a uma equipe que passa a ser a “porta de entrada” do serviço de saúde. Com efeito, o aumento da presença do setor público – tanto no número de estabelecimentos, quanto no número de empregos – diz respeito, principalmente, à baixa complexidade”. (Junqueira et al, 2010, p.919)

2.6 GESTÃO DO ENFERMEIRO NA SAÚDE

Dentro da equipe multiprofissional que se constitui na força de trabalho hospitalar, a equipe de enfermagem assume papel de destaque uma vez que se constitui no maior percentual do quadro de pessoal destas instituições através dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Aos enfermeiros cabem entre outras, tarefas diretamente relacionadas com sua atuação junto ao cliente, bem como a liderança da equipe de Enfermagem e o gerenciamento dos recursos – físicos, materiais, humanos, financeiros, políticos e de informação – para a prestação da assistência de enfermagem. Do enfermeiro é exigido conhecimento (que conheça o que faz), habilidades (que faça corretamente) e tenha atitudes adequadas para desempenhar seu papel objetivando resultados positivos. É portanto, exigido que ele seja competente naquilo que faz, bem como garanta que os membros da sua equipe tenham competência para executarem as tarefas que lhes são destinadas. (Cunha & Neto, 2006, p.481).

De acordo com Munari & Bezera (2004), os profissionais da área da saúde, necessariamente, ainda necessitam revisar o modo de assistir ao ser humano, de lidar com a saúde e a doença e com os processos de gestão. Além de, dimensionar suas ações a partir de outro paradigma que não aquele amplamente difundido e fundamentado no modelo biológico. Nesse processo, é evidente a busca não apenas por uma mudança no paradigma assistencial, mas, especialmente, na gestão de pessoas. No aspecto do trabalho em saúde, isso poderá contribuir na construção de um modelo de assistência fundamentada nos princípios da saúde integral.

Os mesmos autores afirmam ainda que as organizações responsáveis pelo desenvolvimento do nível de saúde no Brasil e no mundo são unânimes em defender que é mister, nesse novo cenário, uma profunda mudança no processo de gestão desse setor, pois, aquele que ainda permanece nesse modelo, não consegue atingir padrões de qualidade e eficiência. Para a enfermagem, em particular, o alcance dessa qualidade parece um caminho irreversível, observado pela constante preocupação dos profissionais em buscar o aperfeiçoamento, o conhecimento disponibilizado pelas tecnologias e orientar a atuação profissional maximizando todos os recursos disponíveis.

A construção do conhecimento em uma determinada temática, é um desafio que pressupõe uma organização de idéias, o poder da argumentação, a partir do conhecimento, buscando aprofundamento no universo a conhecer. A Enfermagem como área de conhecimento e de saber possui um amplo universo que perpassa as técnicas do fazer, e quando o enfermeiro detém a posse do saber, passa a garantir uma posição diferenciada como líder no gerenciamento da equipe de Enfermagem. Diariamente, desafios são apresentados ao mundo corporativo, e cabe ao Enfermeiro, dentro da realidade atual, buscar alternativas que respondam as necessidades dos Recursos Humanos de Enfermagem na organização de saúde. A competência, na atualidade, tem sido tratada como a somatória das linhas de pensamento americana e européia, ou seja, atribuem à entrega de uma determinada função ou tarefa, e às características do perfil da pessoa, que pode ajudar a desenvolver as competências para a organização com maior facilidade. (Ruthes & Cunha, 2007).

Spagnol (2005) relata em seu estudo que nos diversos serviços de saúde, especificamente no âmbito hospitalar, a gerência em enfermagem tem assumido fundamental importância na articulação entre os vários profissionais da equipe, sendo destacado o fato deste profissional organizar o processo de trabalho da enfermagem, buscando concretizar ações a serem realizadas junto com clientes, que buscam estes serviços para atender às suas necessidades de saúde-doença. Nesta profissão é fato que o profissional responsável legalmente para assumir a atividade gerencial é o enfermeiro, a quem compete a coordenação da equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem, condução e viabilização do processo cuidadoso, tendo como princípio norteador de suas ações o direito da população à saúde integral, realizadas de forma digna, segura e ética.

De acordo com Fernandes et al (2010) a gerência constitui um importante instrumento para a efetivação das políticas de saúde, uma vez que incorpora um caráter articulador e integrativo, em que a ação gerencial é determinada e determinante do processo de organização dos serviços de saúde. Em cada organização é necessária a atuação de gerentes que têm o papel de solucionar problemas, dimensionar recursos, planejar sua aplicação, desenvolver estratégias, efetuar diagnósticos de situações, garantir o desempenho de uma ou mais pessoas entre outras atividades que são imprescindíveis para o desempenho da mesma.

A ação gerencial numa unidade básica de saúde caracteriza-se em grande parte pela análise do processo de trabalho, com identificação de problemas e busca de soluções para reorganização das práticas de saúde, na tentativa de alcançar as metas descritas no planejamento. Portanto, o gerente atua como interlocutor e mediador do processo de trabalho. Para Fernandes et al (2010,p.12);

“É necessário a participação da academia e dos serviços, num esforço conjunto para rever as práticas e as intervenções necessárias, no âmbito gerencial, repensando as dicotomias existentes entre os propósitos e projetos de formação da força de trabalho em saúde e propósitos e projetos dos serviços, implicando em mudanças na visão de mundo, de idealista para realista. Com o advento do Programa de Saúde da Família como modelo de atenção básica e centro ordenador da rede de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua grande expansão no país, é de suma importância que se conheça e se defina um modelo de gerência para esta área. Este deve contar com planejamento adequado e um fluxo de atendimento sem grandes obstáculos para o usuário, sendo assim coerente com os princípios do programa. A enfermagem é uma das categorias da saúde mais mobilizadas para o gerenciamento das unidades básicas de saúde e cabe a essa o compromisso, junto aos

demais profissionais, da viabilização do SUS, incentivando a participação da equipe na organização e produção de serviços de saúde para atender às reais necessidades dos usuários, trabalhadores e instituição. Para isso, deve utilizar-se da descentralização administrativa, comunicação informal, flexibilidade na produção, e estímulo à iniciativa e à criatividade de indivíduos e grupos”.

2.7 GESTÃO DO ENFERMEIRO NO PSF

Na visão de Oliveira & Marcon (2007) o programa Saúde da Família enfatiza ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida - da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso - e em diferentes ambientes, cabendo ao enfermeiro organizar e coordenar a criação de grupos de patologias específicas. Em alguns momentos, as atividades desses grupos são realizadas fora do ambiente das unidades, mais perto do indivíduo, conforme afirmam os enfermeiros (salão da igreja, centros comunitários dos bairros, parques, praças e quadras, domicílios, creches, escolas e casa do PSF). Isso possibilita que o enfermeiro, acostumado com o trabalho dentro das unidades de saúde, ao ver-se envolvido em atividades fora das unidades e mais próximo da população e de seu ambiente familiar considere tais atividades como sendo trabalhar com famílias.

Oliveira & Marcon (2007) percebem que pelo menos entre os enfermeiros, a preocupação em incluir a família sob o aspecto de objeto da assistência surgiu muito antes do propósito do PSF. Mais especificamente na disciplina materno-infantil, a publicação sistemática de conhecimento acerca do tema família começou na década de 1980, dando início, e ainda em curso, a um lento processo de mudança no enfoque da assistência de enfermagem, que passou a incluir a família como objeto e parceira da assistência. Diversas produções científicas tem apontado algumas características do que seria um trabalho com família, focalizando o mundo de suas interações, que são elas que sustentam e mantêm o núcleo familiar. Dessa forma pressupõe-se que este profissional deve ter conhecimento dos conceitos de família, de saúde da família e de interação familiar.

Ao enfermeiro do PSF cabem as atividades de supervisão, treinamento e controle da equipe e atividades consideradas de cunho gerencial. Como gerente da assistência de enfermagem no PSF, o enfermeiro deve ser o gerador de conhecimento, através do desenvolvimento de competências, introduzindo inovações à equipe, definindo

responsabilidades. A abordagem conceitual entende que as competências são; o fundamento para a gestão de organizações, desenvolvidas através da assimilação de conhecimentos e integração de habilidades e atitudes no trabalho prático, possibilitando a tomada de decisões fundamentadas em conhecimentos.

“O conceito do termo competência é baseado em três dimensões, conhecimento, habilidades e atitudes. Atitude é um estado de preparação mental e física para uma ação, então a atitude está sempre relacionada a um comportamento para uma determinada ação. Igualmente, as atitudes dizem respeito às condições complexas dos seres que afetam seu estado comportamental, estabelecendo a escolha de um curso para ações pessoais”. (Benito & Becker 2007, p.312).

De acordo com Brasil (2006), são atribuições específicas do enfermeiro PSF a coordenação e supervisão dos ACS e da equipe de enfermagem além do gerenciamento de materiais, insumos e funcionamento da unidade de saúde, o que desponta um grande desafio do enfermeiro no gerenciamento de suas múltiplas funções dentro da equipe do PSF. Este profissional necessita ainda realizar um trabalho com a equipe multiprofissional, no sentido de planejar e fazer cumprir as metas do programa.

Na óptica de Guimarães & Giovanella (2006) O *Tratado de Maastricht*, estabeleceu a estrutura política e econômica do mercado único europeu, porém teve grande importância para a saúde, no momento em que estabeleceu a organização e a prestação de serviços de saúde como responsabilidade dos Estados- Membros assegurando alto nível de proteção á saúde no mercado comum a livre circulação.No artigo 152, a saúde é elevada á caráter comunitário e a ação da comunidade , a qual será complementar das políticas nacionais, incidirá na melhoria da saúde pública e na prevenção das doenças e afecções humanas e na redução das causas de perigo para a saúde humana .Desta forma a proteção à saúde como objetivo comunitário se manifestou em medidas de saúde pública cooperativas, subsidiadas e complementares às ações dos Estados-Membros nos domínios da prevenção, investigação, informação e educação.

2.8 EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE EM PORTUGAL

Sousa (2009) relata que nos últimos trinta anos a evolução do sistema de saúde em Portugal pela ideologia corporativa que coibiu para uma legislação com concepção de Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Escola de Ciências Econômicas e das Organizações

assistência médico-sanitária predominantemente caritativa. Tal filosofia subjacente preconizava a não intervenção do Estado nos problemas de saúde; onde o seu papel era meramente supletivo às iniciativas particulares do indivíduo ou de outras instituições nomeadamente da Previdência Social. Após a segunda guerra mundial e até início dos anos 60, o hospital era considerado o elemento central do sistema de saúde, ao que se associou a idéia de “Regionalização hospitalar”: hospitais agregados em três níveis: por conselho, por distrito e por zonas (hospitais centrais), congregando vários distritos, cooperando entre si e ampliando as suas responsabilidades no sentido ascendente.

Contudo, para Cavalcanti (2007), este cenário político do país nesta época não estimulou o avanço do debate em torno de mudanças do modelo estatal de saúde, precisamente em 1969, Portugal enfrentou um processo de transição que colocava em questão o chamado “Estado Novo” que desde 1926 governava o País. As formas políticas do regime que se estabeleceu no poder até o movimento revolucionário de 1974, não se revelaram propensas a grandes mudanças e no âmbito da saúde, a lentidão que percorreu a operacionalização dos planos e propostas elaboradas pelo Estado retrata de modo claro a relação dicotômica entre as políticas de saúde estabelecidas e o que efetivamente foi realizado

Cavalcanti (2002, p.81), lembra que:

“É importante apontar que, apesar do movimento revolucionário ter eclodido em 1974, desde fins da década de 60 o país vivia uma conjuntura permeada de inquietações. Era o período final do colonialismo português, marcado por guerras. Porém, apesar destes desgastes e das grandes mudanças econômicas e sociais que tal fato acarretou, o Estado conseguiu manter-se intacto na medida em que conseguiu diluir as contradições sociais. Este fato gerou um período de certo desenvolvimento econômico para o país embora baseado numa crescente industrialização dependente. Por outro lado, é importante ressaltar que a expansão econômica se constituía numa tônica mundial, caracterizando principalmente os países centrais”.

A partir de 1974, Portugal passa a ter um Serviço Nacional de Saúde (SNS), criado com objetivo democrático, universalidade, gratuidade e generalidade. Este serviço Nacional de Saúde, consagrado pela regulação jurídica em 1979 por Decreto de Lei 56/79, de 26 de agosto, passou a estar dependente da Secretaria de Estado de Saúde do então Ministério dos Assuntos Sociais. Dessa forma a constituição portuguesa de 1976 assegura a expressão legal á pretensão do direito á proteção da saúde. (Baganha & Ribeiro, s.d)

Nos anos 90 é aprovada a Lei Orgânica do Ministério da Saúde e é publicado o novo estatuto do SNS através do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, que tenta ultrapassar a dicotomia entre os cuidados de saúde primários e diferenciados, através da criação de unidades integradas. Procura-se uma gestão de recursos, mais próxima dos destinatários. Em 1999 foi estabelecido o regime dos Sistemas Locais de Saúde (SLS), que são um conjunto de recursos articulados na base da complementaridade e organizados segundo critérios geográfico-populacionais, que visam facilitar a participação social e que, em conjunto com os centros de saúde e hospitais, pretendem promover a saúde e a racionalização da utilização dos recursos. (Amendoeiras, 2001).

2.9 A FAMÍLIA NO CONTEXTO DA SAÚDE EM PORTUGAL E BRASIL

Os cuidados de saúde primários (CSP) de Portugal vivem ainda nos dias hoje uma reforma organizacional profunda. Sendo impulsionado inicialmente a partir da criação dos denominados “centros de saúde de primeira geração” em 1971 e consolidados com a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 1979 e da carreira de clínica geral em 1982, os CSP desenvolveram-se de modo a cobrir a totalidade do território nacional (Rocha & Sá, 2011).

De acordo com estes autores, em 1991, em 1998, o Ministério da Saúde (MS) criou as condições para que um grupo de unidades de saúde pudesse pôr em prática um modelo conceituado de Regime Remuneratório Experimental (RRE) e envolveu cerca de vinte unidades de saúde e aproximadamente 120 médicos de família. A avaliação desta experiência levou à recomendação do seu alargamento à generalidade dos centros de saúde (CS), pelo que em 2005 foi constituída a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), com a finalidade de conduzir projeto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos centros de saúde e implementação das unidades de saúde familiar (USF).

No Brasil A experiência brasileira do Programa Saúde da Família (PSF), desde 1994, também orientava-se pela tentativa de mudança do modelo assistencial a partir da atenção primária em saúde e com foco na família tem literatura avaliativa acumulada nos últimos

anos. Portanto, são experiências com interfaces interessantes que podem ser desenvolvidas em trabalhos conjuntos de cooperação técnica nessa área dos cuidados de saúde primária. (Rocha & Sá, 2011).

2.10 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM PORTUGAL

Para Campos (2011) a reforma de 1971 marcou as opções doutrinárias no sistema de saúde com a intervenção do estado nas políticas públicas de saúde frente ao novo papel do estado, no sentido de conferir prioridade à promoção da saúde e à prevenção da doença. Estas soluções centram-se em pressupostos políticos e técnicos, avançados para sua época e distante da prática política do regime autoritário anterior.

Este autor afirma ainda que face aos grandes objetivos das políticas de saúde, os governos passam a se confrontar com a necessidade de desenvolver políticas de contenção e gastos, afastando-se progressivamente do planejamento direto e da gestão porém reforçam o papel de reguladores do sistema.

O Tratado de Maastricht introduziu a base legal para uma política comunitária de saúde pública em 1993, o qual reconhecia a saúde pública como um dos ramos da política europeia passando a constituir um título autônomo do tratado. Este título teve como principal objetivo prosseguir uma política comunitária de saúde pública e fez com que a então comunidade Europeia passasse a assegurar um elevado nível de proteção da saúde, incentivando a cooperação entre os estados membros e, se necessário, apoiando a sua ação.

Campos (2011) menciona que apesar da referência expressa e global da saúde pública, este tratado não implicou em mudanças significativas com relação à competência Europeia em termos de saúde pública, já que esta era somente complementar das atuações do estado.

Guimarães & Giovanella (2006) afirmam em seu estudo que os países da União Europeia têm tradição na garantia de proteção social, caracterizando-se como amplos sistemas de bem-estar que, embora se diferenciem quanto à organização dos sistemas de atenção à

saúde, guardam em comum o caráter público, a solidariedade social e a cobertura universal. Os modelos de atenção variam entre dois tipos, com predomínio do primeiro: bismarkiano – seguro social financiado por contribuições do empregador e do trabalhador –, e beveridgiano – sistema nacional de saúde financiado com recursos fiscais. Princípios de justiça social são compartilhados entre os Estados-Membros e se expressam em diversas diretivas dos Tratados, afirmativas de compromisso com a proteção social.

Na óptica de Guimarães & Giovanella (2006), o *Tratado de Maastricht*, estabeleceu a estrutura política e econômica do mercado único europeu, porém teve grande importância para a saúde, no momento em que estabeleceu a organização e a prestação de serviços de saúde como responsabilidade dos Estados- Membros assegurando alto nível de proteção á saúde no mercado comum a livre circulação. No artigo 152 ,a saúde é elevada á caráter comunitário e a ação da comunidade , a qual será complementar das políticas nacionais, incidirá na melhoria da saúde pública e na prevenção das doenças e afecções humanas e na redução das causas de perigo para a saúde humana .Desta forma a proteção à saúde como objetivo comunitário se manifestou em medidas de saúde pública cooperativas, subsidiadas e complementares às ações dos Estados-Membros nos domínios da prevenção, investigação, informação e educação.

Para Silva (2012), Portugal tem inscrito na Constituição um sistema de saúde universal (que abrange todas as pessoas), geral (que abrange todos os tratamentos necessários) e tendencialmente gratuito (em que os cuidados não são sujeitos a pagamento, apenas são possíveis taxas que moderem o recurso ao sistema). É um sistema com elevada equidade, no sentido em que a lei protege todos os cidadãos de igual forma, num sistema de saúde em que cada um contribui (através dos impostos) no âmbito das suas possibilidades para beneficiar de todas as potencialidades do sistema de acordo com as suas necessidades.

CAPITULO III- METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Optou-se pelo estudo descritivo com abordagem qualitativa. A escolha desta abordagem se deu para melhor interpretar e descrever seu contexto, levando em consideração as práticas de enfermeiros (as) nas atividades gerenciais desenvolvidas nas unidades de Saúde da Família.

Para a pesquisa de campo, utilizou-se a pesquisa exploratória e descritiva, posto que, segundo Teixeira (2007), a pesquisa exploratória é tipicamente a primeira aproximação de um tema e visa criar maior familiaridade em relação a um fato. Minayo & Sanches (1993) a entendem como aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais estabelecidas em diversos ambientes. Nessa ótica, Godoy (1995), afirma que, de maneira contrária à pesquisa quantitativa, não utiliza recursos estatísticos na análise dos dados. Parte de questões ou focos de interesses amplos, que vão se definindo à medida que o estudo se desenvolve. Envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, processos e características de organizações, pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada. Em complemento, Minayo (2004), salienta que a pesquisa qualitativa ao invés de reconhecer na subjetividade a impossibilidade de construção científica, considera esta como “[...] parte integrante da singularidade do fenômeno social”.

3.2 UNIVERSO DO ESTUDO

A região metropolitana de Belém possui 34 Unidades do Programa Saúde da Família, porém no período da coleta de dados, quatro unidades estavam desativadas, aguardando reformas. O estudo foi desenvolvido em 30 Unidades do Programa Saúde da Família (PSF) na região metropolitana de Belém do Pará: Unidade Saúde da Família Parque Amazônia I e II, Radional II, Canal da Visconde, Galo I e II, Pirajá, Paraíso Verde, Malvinas, São Joaquim, Telégrafo, Paracuri I e II, Agulha, Águas Negras, Eduardo Angelim, CDP, Souza, Terra Firme, Riacho Doce, Águas Lindas I e II, Cristo Redentor, Panorama XXI, UNA, Carmelândia, Parque Verde, Parque Guajará, Tapanã II e Barreiro I.

3.3 AMOSTRA DO ESTUDO

No período do estudo, a região metropolitana de Belém contava com 30 unidades do Programa Saúde da Família ativas, e 04 unidades desativadas ou em reforma. As unidades em funcionamento tinham como gerentes enfermeiros, que constituíram um total de 45 profissionais trabalhando nos turnos da manhã e tarde, que atuam nas unidades de saúde da família na função gerencial, planejando, coordenando, executando e avaliando as ações do programa Saúde da Família. Os quais constituíram a amostra do estudo.

3.4 COLETA DE DADOS

Para coletar os dados fez-se uso de entrevistas semi estruturadas e como instrumento (Apêndice A) o questionário com perguntas abertas investigando sobre o tema, o que permitiu a captação imediata da informação desejada, a qual foi decodificada e analisada respondendo a cada tema através de registros que funcionaram como indicadores os capazes de evidenciar informações relevantes a cerca do trabalho do enfermeiro nas respectivas unidades do PSF.

As fontes primárias orais, evidenciada através da entrevista semi-estruturada, permitiram colher informações factuais com depoimentos orais da prática gerencial dos enfermeiros. A respeito do contexto foram utilizadas fontes secundárias (livros, teses periódicas), relativas a fundamentação teórica do objeto de estudo.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa obedece às normas da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde 10/OUT/1996. A Secretária Municipal de Saúde (SESMA), recebeu a solicitação de liberação para pesquisa nas Unidades Saúde da Família. Os participantes da pesquisa concordaram em assinar de forma espontânea o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com informações gerais sobre o estudo. Foi submetido ao Comitê de ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro Universitário do Pará. (CESUPA).

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

A seguir foram interpretados e analisados os depoimentos de 45 enfermeiros (as) que trabalhavam nas unidades Saúde da Família no período em questão. Para análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de acordo com Bardin (1977). Que conceitua a análise de conteúdo como um “conjunto de técnica de análise de comunicações” (quantitativo ou não, que aposta no rigor do método, como forma de não se perder na heterogeneidade de seu objeto, visa obter por procedimentos sistemático e objetivos de descrição de conteúdos de mensagens, indicadores e conhecimentos relativos às condições de variáveis inferidas na mensagem. As categorias de análise foram construídas com base nas respostas obtidas analisadas segundo um referencial teórico adotado.

CAPITULO IV- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo buscou-se apontar e discutir os resultados, após leitura incessante e análise dos estudos e informações selecionadas, com intuito de realizar-se uma reinterpretação reflexiva, integrar as evidências identificadas na compreensão dos fenômenos vividos e dos significados a eles atribuídos. Deste modo é possível tomar consciência de que os relatos de experiência vivida se revelam muito ricos e possibilitam a coleção de informação acerca da ocorrência da experiência propriamente dita e do contexto onde se desenvolve.

Após a análise dos estudos selecionados, procedeu-se uma reanálise interpretativa dos mesmos, no intuito de identificar as categorias de maior evidência, que possam ajudar a compreender as essência do estudo. Neste contexto elencou-se cinco categorias as quais foram tematizadas como: Óptica do enfermeiro quanto ao apoio da administração pública, Dificuldades frente a equipe do PSF, Dificuldades do enfermeiro em relação á população adscrita, Conhecimento do enfermeiro sobre os objetivos do programa, percepção do enfermeiro sobre seu trabalho gerencial.

Tabela 1: Quantitativo de profissionais segundo o tempo de atuação no PSF

TEMPO DE SERVIÇO	SUJEITOS	%
1-5	8	17,7
6-10	5	11,1
11-15	20	44,4
16-20	12	26,6
Total	45	100

Fonte: Pesquisa Direta

A Tabela 1 demonstra que 8 (0,17%) dos sujeitos envolvidos na pesquisa, atuam no programa saúde a família entre 1 a 5 anos; 05 (0,11%) entre 6 a 10 anos, 20 (0,44%) entre 11 e 15 anos e 12 (0,26%) entre 16 e 20 anos. O fator experiência proporciona ao profissional maior habilidade e vínculo com a comunidade permitindo uma dinâmica de resolubilidade nas ações dos programas, além de favorecer reflexões sobre a forma de atender as metas impostas pelo programa.

Diante de uma experiência ou um acontecimento, a pessoa passa á refletir, sobre o acontecimento, o porquê e quais as implicações de tal experiência na sua vida. Só depois de um período de reflexão e de interiorização de explicações, acontece o verdadeiro sentido àquela experiência, encarando-se a mesma sob um prisma mais profundo e com mais significado, que ajuda a compreender a razão de algo acontecer. Deste modo, só refletindo se consegue produzir um conhecimento válido, que ajuda a compreender o que a experiência oferece aos indivíduos, em termos de crescimento pessoal e profissional, tendo em conta o contexto em que se desenrola. (Fernandes, 2008).

4.1 ATIVIDADES GERENCIAIS EVIDENCIADAS

ATIVIDADES GERENCIAIS	CARACTERÍSTICAS
Coordenar, planejar, gerenciar e avaliar a ESF	Solicitação e controle de materiais de Insumos.
Planejar, gerenciar, coordenar e executar assistência de enfermagem	Cadastramento nos programas Confecção de relatórios de cada programa instalado
Coordenação e gerenciamento da casa da família	Solicitação de medicamentos
Gerência de recursos humanos	Solicitação de férias de funcionários Solicitação e controle de impressos
Gerência de Farmácia	Implementação das ações de saúde Coordenação dos serviços ofertados
Gerência dos Programas de saúde	Coordenar e supervisionar a equipe de agentes comunitários de saúde
Organização e avaliação da produção mensal	
Preenchimento de impressos	Coordenar e supervisionar capacitação para o ACS

Quadro I: Detalhamento das atividades gerenciais desenvolvidas na prática cotidiana

Fonte: Pesquisa Direta

O Quadro I demonstra que as atividades dos enfermeiros são variadas tendo este profissional, ações de planejamento, coordenação, supervisão e controle que são etapas presentes no processo administrativo permitindo a este profissional um amplo desempenho nas atribuições dentro do programa saúde a família.

Sabe-se que com a nova realidade enfrentada pelos enfermeiros no PSF, a desenvoltura e perspicácia destes profissionais, se fazem necessária frente á múltiplas atividades como gerência, assistência, educação, avaliação intensificando sua responsabilidade no cotidiano frente á comunidade e ao próprio serviço. Desse modo, é importante que este ator no cenário do SUS saiba suas reais atribuições e repense sua prática no processo de trabalho.

Cabe aos enfermeiros entre outras, tarefas diretamente relacionadas com sua atuação junto ao cliente, bem como a liderança da equipe de Enfermagem e o gerenciamento dos recursos – físicos, materiais, humanos, financeiros, políticos e de informação – para a prestação da assistência de enfermagem. Do enfermeiro é exigido conhecimento (que conheça o que faz), habilidades (que faça corretamente) e tenha atitudes adequadas para desempenhar seu papel objetivando resultados positivos. É, portanto, exigido que ele seja competente naquilo que faz, bem como garanta que os membros da sua equipe tenham competência para executarem as tarefas que lhes são destinadas. Constitui-se portanto, um desafio definir as competências necessárias aos enfermeiros, bem como de estabelecer-se mecanismos para seu desenvolvimento dentro e fora das instituições. (Cunha & Neto,2006,p.481).

De acordo com Boas; Araújo & Timóteo (2008), a gerência de enfermagem está articulada a um processo maior, que é o gerenciamento em saúde. No caso do PSF, é evidente a ampliação da complexidade das atividades que são desenvolvidas pelas equipes. E isso exige de todos os profissionais, a apropriação de novos conhecimentos, habilidades e tecnologias que venham a possibilitar a organização dos serviços, na perspectiva da garantia do acesso e integralidade da atenção. Porém, transformar o agir gerencial do enfermeiro em uma prática educativa que leva os indivíduos à auto-avaliação e mudança da sua ação em algo criativo, democrático e cidadão é um grande desafio

Ainda dentro das competências gerenciais dos enfermeiros encontramos 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. (Fernandes et al 2010)

Diante desse fato o enfermeiro gestor desenvolve competências, habilidades, articula conhecimentos á prática circunstancial, sendo transformador aos olhos das necessidades sociais que surgem no contexto do trabalho, indo muito além de funções gerenciais. Mais dinâmico e eclético age ainda no processo saúde-doença orientado pela visão crítica na perspectiva do cuidado integral aos indivíduos.

Cabe ressaltar ainda que a enfermagem é uma profissão que vem crescendo no âmbito de gerência no contexto das políticas públicas de saúde, tornando-se cada vez mais presente e dinamizadora de ações no aspecto assistencial ,social e educativo. Culminando com autonomia e responsabilidade perante as dificuldades no âmbito da gestão em saúde.

4.2 ÓPTICA DO ENFERMEIRO QUANTO AO APOIO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Com relação ao apoio da gestão municipal a maioria dos entrevistados mencionou diversas dificuldades quanto á gestão municipal referindo falta de estrutura física adequada, equipamentos para uso na assistência, falta de resolubilidade, e autonomia do enfermeiro gestor ressaltando ainda, a falta de incentivo para melhoria dos serviços.

“Não temos estrutura física adequada para desenvolver o trabalho, falta material essencial, como por exemplo, o aparelho de pressão arterial[...]”(I-1)

.Falta de colaboração da administração municipal quanto ao atendimento para melhoria dos nossos serviços[...]”(I-2)

[...]”Todos, não temos materiais e equipamentos, muito menos infraestrutura...”(I-3)

[...]”Falta efetiva do enfermeiro como gestor. . .só existe no papel...”(I-4)

[...]”Apontar o problema, ter a solução, encaminhar para coordenação e não ter retorno...””(I-5)

Diante destas colocações é perceptível as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros na gerência dos serviços de saúde dentro do programa, sendo indiscutível o apoio da secretaria municipal de saúde para que este profissional exerça a gerência com autonomia permitindo maior resolubilidade das questões inerentes aos serviços.

O gestor municipal tem papel fundamental no processo de implantação e acompanhamento do programa. Uma vez que, entre outras competências ele é responsável em garantir infra-estrutura, materiais, insumos e equipamentos necessários ao funcionamento das unidades básicas de saúde ,permitindo a execução de ações direcionadas ao atendimento da população adstrita. Porém no desabafo dos entrevistados não é possível identificar o compromisso regido na legislação vigente.

De acordo com a PORTARIA Nº 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006. Compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal: Organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União; incluir a proposta de organização da Atenção Básica e da forma de utilização dos recursos do PAB fixo e variável, nos Planos de Saúde municipais e do Distrito Federal; inserir preferencialmente, de acordo com sua capacidade institucional, a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços, visando à organização sistêmica da atenção à saúde;organizar o fluxo de usuários, visando a garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica; garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas;selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, inclusive os da Saúde da Família, em conformidade com a legislação vigente; programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local; alimentar as bases de dados nacionais com os dados produzidos pelo sistema de saúde municipal, mantendo atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e de estabelecimentos ambulatoriais, públicos e privados, sob sua gestão;elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na esfera municipal; desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da

Atenção Básica; definir estratégias de articulação com os serviços de saúde com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica; firmar, monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica no seu território, divulgando anualmente os resultados alcançados; verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão; consolidar e analisar os dados de interesse das equipes locais, das equipes regionais e da gestão municipal, disponíveis nos sistemas de informação, divulgando os resultados obtidos; acompanhar e avaliar o trabalho da Atenção Básica com ou sem Saúde da Família, divulgando as informações e os resultados alcançados; estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes; e buscar a viabilização de parcerias com organizações governamentais, não governamentais e com o setor privado para fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do seu território.

A narrativa dos informantes que corresponde às dificuldades em relação à administração pública mostra um grau de insatisfação quanto à estrutura física, falta de materiais e equipamentos tornando o serviço dificultoso. O que é relatado na fala das informantes (I-1,I-3).

Foi possível constatar ainda nesta categoria que o enfermeiro gestor não possui autonomia sendo esta função apenas evidenciada no papel conforme relato dos informantes além da falta de resolutividade. (I-4,I-5).

Dentro do PSF teoricamente o enfermeiro exerce um papel preponderante, o qual vai desde o planejamento das ações até a assistência, demonstrando que suas ações ocorrem de forma diferenciada de instituições estruturadas no modelo tradicional, contrastando de forma clara sua atuação em outros espaços de trabalho, para isso este profissional necessita de autonomia para redefinir sua prática profissional com vistas a reestruturação da atenção básica conforme preconiza o programa.

Para Munari & Bezerra (2004), as organizações responsáveis pelo desenvolvimento do nível de saúde no Brasil e no mundo defendem que cabe ao novo cenário, uma profunda mudança no processo de gestão desse setor, pois, aquele que ainda permanece nesse modelo,

não consegue atingir padrões de qualidade e eficiência. Para a enfermagem, em particular, o alcance dessa qualidade parece um caminho irreversível, observado pela constante preocupação dos profissionais em buscar o aperfeiçoamento, o conhecimento disponibilizado pelas tecnologias e orientar a atuação profissional maximizando todos os recursos disponíveis.

Os autores afirmam ainda que as atitudes e comportamentos frente às demandas atuais estão diretamente relacionados, à formação técnica do enfermeiro, a dinamização dos aspectos relacionais, que podem ser desenvolvidos a partir da ampliação da consciência de si mesmo, do controle da impulsividade, da persistência, motivação, empatia, zelo, habilidades sociais e resistência psicológica, sendo estes aspectos indispensáveis para o enfermeiro enfrentar os obstáculos, as tensões, a falta de continuidade nos projetos de assistência, os desafios do trabalho em equipe e do papel de gestor.

Fica evidente a importância do compromisso de gestores e gerentes seja nas unidades gestoras como a secretaria municipal de saúde ou na casa saúde da família, na dinâmica do processo de trabalho para um fim comum. Uma vez que esse processo ocorre de forma sistemática com base nas diferentes vivências desses atores. Entretanto o que se observa é uma alusão entre o discurso e a fala. A gestão Municipal neste momento parece estar indiferente com as dificuldades no serviço.

4.3 DIFICULDADES FRENTE A EQUIPE DO PSF

O PSF é uma estratégia que tem como um dos alicerces o trabalho em equipe, sendo necessária, a sua coesão, como pressuposto para integralidade das ações de forma a permitir a o conhecimento e aplicar as medidas necessárias para o seu fim. Sendo fundamental discorrer aqui sobre esta temática já que o trabalho em equipe permeia toda a dinâmica dos passos a serem seguidos para o alcance dos objetivos em qualquer vivência. Neste sentido as enfermeiras relatam suas principais dificuldades:

“os agentes comunitários de saúde não tem perfil para o serviço. Grande parte deles foi contratada por indicação política , estes não se empenham em exercer a função de ACS com competência e qualidade”.(I-6)

“falta de qualificação profissional e estudo dos agentes comunitários de saúde, muitas vezes empregados por políticos”(I-8)

“por ser um serviço temporário muitos funcionários se sentem inseguros e refletem isto em seu desempenho”(I-9)

“o ACS não realiza a visita domiciliar conforme o Ministério da Saúde preconiza”(I-10)

Ressaltam-se nas falas dos atores da pesquisa a falta de qualificação ou perfil profissional dos agentes comunitários de saúde colocando em dúvida o processo de elaboração do trabalho em equipe, destacando a necessidade de qualificação profissional para melhor desempenho da equipe multiprofissional.

Muitos estudos, vem discutindo sobre o perfil e competência do ACS na busca de uma resposta, quanto a sua capacidade laboral com base no seu grau de conhecimento e instrução, porém o que se sabe efetivamente é que este componente da equipe deve pertencer a comunidade adstrita e conhecer os problemas desta, além de ser a figura que se identifica para a população com afinidades socioeconômicas e culturais. Porém para dinamização do programa este agente necessita de novos domínios e conhecimentos que reflitam em suas ações. Portanto se faz necessário as capacitações com vistas ao novo modelo de cuidados em saúde, já que este profissional vivência novas experiências no atual modelo de atenção básica.

Marzari; Junges & Selli (2011), Consideram que o ACS é o elo que possibilita confiança entre a equipe de saúde e a população assistida, porém o desempenho de suas funções precisam ser revistas considerando sua formação e a amplitude do seu papel neste cenário.

Para Cotta (2006), Os profissionais inseridos na atenção básica devem possuir capacidade para planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam as necessidades da comunidade no processo de articulação com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde. Afirmando ainda que é crescente, o consenso entre gestores e trabalhadores do SUS ,em todas as esferas de governo ,de que a formação,desempenho e gestão dos recursos humanos afetam a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários.

De acordo com a portaria **PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011-** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Escola de Ciências Econômicas e das Organizações

para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). São atribuições do agente comunitário de saúde:

I – trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

II – cadastrar todas as pessoas de sua micro-área e manter os cadastros atualizados;

III – orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IV – realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

V – acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de 1 (uma) visita/família/mês;

VI – desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adstrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

VII – desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, como por exemplo, combate à Dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e

VIII – estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe.

A capacitação dos profissionais é de extrema relevância para o aprendizado e aperfeiçoamento nas relações sociais e de saúde no contexto do SUS, já que a equipe permeia uma visão global e interativa sob o diversos aspectos inseridos no cotidiano da população. A equipe multiprofissional desenvolve trabalho em grupo o que exige interdisciplinaridade dos profissionais que atuam na área.

Diante das atividades exercidas pelos agentes comunitários de saúde, torna-se prioritário sua qualificação no sentido de promover ações de qualidade no acompanhamento da comunidade, uma vez que este profissional é inserido na equipe e como agente que perpassa informações e orientações.

A forma de contratação dos profissionais inquieta os informantes e se reflete na atuação profissional, tornando a equipe vulnerável a sucessivas mudanças e insegurança no aspecto trabalhista o que figura de forma considerável na fala abaixo:

“[...]aqui no Município de Belém a política “fala mais alto”. Temos pessoas na equipe que não tem perfil ..porém não podemos fazer nada pois existem as “vagas políticas”(I-8)

[...]a influência política faz com que algumas atividades não aconteçam”(I-4)

[...]por não haver critérios de seleção, são contratados pessoas sem perfil para desenvolver atividades”(I-37)

[...]como são contratados, podem sair a qualquer momento, há um certo descompromisso com a comunidade”(I-38)

[...]como são apadrinhados por políticos não são desligados”(I-1)

“Sim.empregos com “cabide político”..não tem perfil [...]” (I-2)

A ausência do profissional médico é ressaltada na fala dos informantes como um fator que dificulta o acompanhamento das famílias, sendo imprescindível a sua presença na equipe de saúde da família.

O médico é um generalista que acompanha o indivíduo em todos os ciclos de vida, atendendo-os de forma integral. O novo modelo de PSF permite o vínculo do médico com o paciente nas determinadas áreas adscritas, estreitando seus laços, favorecendo um conhecimento maior da família e comunidade. Desta forma a partir deste vínculo, este profissional possui uma grande responsabilidade no acompanhamento e resolubilidade das afecções identificadas no contexto familiar.

“Equipe incompleta a quatro anos sem o profissional médico”... (I-7)

“Sim, não temos médico.. falta de resolubilidade dos problemas”[...] (I-34)

“Equipe incompleta, profissionais sem perfil par o trabalho”[...] (I-35)

“A dificuldade encontrada é por conta da falta de médico na equipe”(I-16)

“Dificuldades em desenvolver atividades que dizem respeito ao profissional médico, o qual não se envolve no trabalho”(I-36)

“Pacientes, hipertensos, diabéticos e cardiopatas que necessitam de acompanhamento médico e não tem”[...] (I-18)

Em seu estudo Gonçalves et al (2009), refere que apesar de haver uma proposta de rotina e organização do percebe-se que em algumas unidades o trabalho médico é definido como pronto-atendimento ou como um modelo centrado nas queixas e condutas. Isto mostra, como em outro estudo, “a persistência do modelo tradicional, da qual é evidência ainda a predominância absoluta do trabalho medicocêntrico sem interação expressiva com o restante da equipe de saúde da família”

Para Vasconcelos & Zaniboni (2011), O médico possui papel fundamental no Programa de Saúde da Família, na avaliação da demanda do paciente, riscos individuais do adoecer, assim como na elaboração de um projeto terapêutico para responder às necessidades de atenção, desde prevenção até reabilitação. Além de incorporar no seu atendimento individual aspectos referentes ao emocional, ao familiar, ao social e à prevenção. Junto á essas ações deve ainda realizar ações educativas, coletivas e comunitárias em conjunto com os demais profissionais da equipe, bem como participar do planejamento e organização do processo de trabalho.

O Ministério da Saúde ao formular a equipe do PSF, para atender as necessidades da população, definiu de forma clara e objetiva as ações de cada membro da equipe , sendo portanto prescindível o papel de cada um, no reconhecimento, cuidado, e avaliação da situação da comunidade em sua área territorial. O papel deste profissional não pode ser visto apenas como curador ou identificador dos aspectos mórbidos presentes em determinados indivíduos, mais agora passa a ser também identificador dos fatores de risco, além de contribuir para a promoção de ações educativas.

Para Marques (2004), a enfermagem passa a se constituir em um trabalho em equipe, pela própria divisão do trabalho, dessa forma a equipe de enfermagem do PSF, precisa integrar-se aos outros trabalhadores, constituindo uma equipe multiprofissional. Tal fato não é

especificidade do programa, mas ao mesmo tempo é uma necessidade para que a proposta se efetive na perspectiva da mudança do modelo assistencial. A multiprofissionalidade precisa ser entendida em duas dimensões, a dimensão objetiva e material da organização dos procedimentos dispostos de acordo com uma dada racionalidade dominante nas práticas de saúde, e a dimensão subjetiva da referida organização que diz respeito à formulação dos projetos de ação pautados nas práticas e nos saberes pertencentes a cada trabalhador.

Segundo Pedrosa & Teles (2001), para que os objetivos do programa sejam alcançados, o trabalho em equipe torna-se um pressuposto para integralidade das ações de saúde reconhecendo que os indivíduos não escolhem arbitrariamente trabalhar ou viver juntos, mas agrupam-se diante de cada situação que se apresenta com suas representações e vivências.

4.4 DIFICULDADES DO ENFERMEIRO GESTOR EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO ADSCRITA

A família é o centro das atenções nas ações de saúde com amplo reconhecimento por parte do Ministério da Saúde sobre as necessidades sócio-econômicas, culturais e educacionais que as mesmas apresentam. Torna-se então imprescindível elencar esta categoria com vistas a evidenciar as dificuldades em relação à população adscrita.

Dentre as dificuldades relatadas pelo profissional enfermeiro, observou-se a falta de adesão ao tratamento, às atividades educativas e orientações fornecidas pela equipe, além de da falta de percepção das famílias quanto à filosofia do programa, uma vez que os indivíduos ainda focam a assistência curativa, o que é totalmente oposto à filosofia do Ministério da Saúde no contexto do programa, como referem os informantes:

“Sim, eles ignoram as recomendações feitas pela equipe de saúde”(I-14)

“Sim, a cobrança maior é em relação a falta de médico”(I...13)

“Fazer a população entender que a filosofia do PSF é preventiva e não curativa”(I-16)

“Resistência da população em aceitar as orientações fornecidas pela equipe de saúde”(I-19)

“A prevenção dificilmente é aceita por muitos necessitando de um bom tempo de trabalho para que a população entenda o que é um PSF”(I-9)

“É também em relação á população do programa hiper-dia os quais não aderem ao tratamento e nem o acompanhamento”(I-8)

“Sim ,quando se trata da participação da comunidade nas atividades educativas,pois a comunidade está costumada com consultas médicas, por isso se trabalha muito a participação nas ações educativas”(I-20)

“Nas atividades educativas, devido a cultura popular na questão de consulta médica”[...] (I-21)

Em seu estudo, Rocker et all (2012), afirmam que a ação educativa em saúde se refere a todas as atividades voltadas para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas objetivando a melhoria da qualidade de vida e saúde. Partindo deste pressuposto, dentre as ações da equipe de saúde da família, emergem as ações educativas como ferramenta fundamental para estimular tanto o autocuidado como a autoestima de cada indivíduo e, muito mais que isso, de toda a família e comunidade, promovendo reflexões que conduzam a modificações nas atitudes e condutas dos usuários.

A educação em saúde está atrelada á qualquer forma de prevenção, este eixo é uma das diretrizes que norteia a nova tática do governo,cabendo á população a conscientização individual e coletiva para se fazer cumprir estrategicamente o planejamento, e atender as metas do enfermeiro no domínio das ações de saúde no PSF.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) salienta que a educação em saúde é uma prática social, é um processo que contribui para a formação e desenvolvimento da consciência crítica das pessoas, estimula a busca de soluções e a organização para a ação coletiva. A prática de saúde como prática educativa deixa de ser um processo de persuasão ou de transferência de informação e passa a ser um processo de capacitação de indivíduos e de grupos para a transformação da realidade.

Destaca-se também como fator negativo a grande demanda de população espontânea nas unidades de saúde, em busca de atendimento médico.

[...] “áreas de abrangência descobertas”[...] (I-11)

“Sim, existe uma grande demanda de pessoas sem a cobertura do Programa Saúde da Família”(I-15)

[...]”principalmente nas questões da demanda espontânea ,que não é pequena e acaba formando filas na frete da unidade”(I-8)

O programa implantado pelo Ministério da saúde trabalha com território de abrangência definido, onde ocorre o cadastramento e acompanhamento da população adstrita á uma determinada área ficando sob a responsabilidade de uma equipe no máximo 4.500 pessoas. Apesar de grande cobertura da população ainda existe, uma grande área a qual fica descoberta buscando de suporte na própria unidade.

Tese; Neto & Campos (2010), referem que a abertura das equipes à pressão da demanda cotidianamente pode produzir angústia, carga exaustiva de trabalho e estresse emocional.Dessa forma este contexto deve ser repensado, e a gestão local deve buscar formas de proteção para a equipe, de modo a permitir que prossiga lidando com a demanda e com a realidade sofrida da população brasileira. Sendo necessário o apoio humano, emocional e institucional para a equipe , assim como facilitar a construção de clima de equipe, de co responsabilização e de parceria entre os profissionais; e sua educação permanente.

Como a humanização também está inserida continuamente no contexto da atenção básica, é irrefutável que o profissional acaba por atender as necessidades da população, ainda que fora de sua área de abrangência, porém este fato torna-se um fator inibidor da resolubilidade das ações no campo da prática, pois implica na presença de profissionais da equipe dentro da unidade, quando deveriam dispor de mais tempo no convivo direto com a comunidade.

Da mesma forma que o estudo permitiu visualizar as dificuldades em relação as ações educativas, a leitura das falas traduzem reações de descontentamento no momento em que ressaltam a falta de saneamento básico como um entrave na atividade preventiva.

“Falta de saneamento básico e educação da população[...]”(I-21)

“Áreas sem saneamento básico e com alta periculosidade[...]”(I-12)

Silva (2009) refere que a condição ambiental apresenta grande influencia no processo de trabalho da ESF e assim como sobre população adstrita, já que um ambiente onde não há água de boa qualidade, onde os resíduos são dispostos de forma inadequada, favorecendo a proliferação de organismos patogênicos ou de substâncias nocivas, contribui para o surgimento de muitas doenças impedindo, por conseguinte a Promoção da Saúde.

Como estabelecer critérios ou medidas preventivas, quando as condições do próprio ambiente, permeia um cenário propício para o desenvolvimento de doenças e fatores de risco. Seria quase que desumano esperar que comunidade atenda os anseios do programa, e cumpra a filosofia deste.

4.5 CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO GESTOR SOBRE OS OBJETIVOS DO PROGRAMA

Nesta categoria foi possível evidenciar através da fala dos enfermeiros o conhecimento destes profissionais quanto os objetivos impostos pelo programa, identificando-se assim a proposta das diversas metas a serem alcançadas na concepção de enfermeiros gestores.

Todo trabalho gerencial necessita seguir passos que são interdependentes na busca de um objetivo, o enfermeiro após a reestruturação do sistema de saúde no Brasil passou a ser a figura central no planejamento das atividades no contexto do PSF. Desta forma é imprescindível seu conhecimento quanto a proposta imposta pelo programa para sua dinâmica laboral. O que fica evidente nos relatos abaixo:

O objetivo do PSF é orientar e educar a família em seu ambiente quanto a atitudes preventivas e também fomentar a atenção básica para que a mesma seja suficiente para sanar diversos problemas na comunidade...(I-22)

“o objetivo do PSF é trabalhar a prevenção através da orientação e educação em saúde...(I-23)

“os objetivos são vários, o primordial é a prevenção, identificar quanto mais cedo doenças, diminuição da diarreia, mortalidade infantil, realização pré-natal, garantir exames solicitados...(I-24)

“atender a população adstrita de forma integral com ênfase na atenção primária, melhorar o acesso da população aos serviços de saúde e diminuir o número de internações hospitalares...(I-25)

“redução da morbimortalidade materno-infantil , ampliar o poder de resolutividade na rede básica , prevenção de agravos á saúde e educação em saúde..(I-26)

”atender os usuários cadastrados na atenção primária diminuindo os índices de internações hospitalares, diminuir os índices de morbimortalidade , prevenção e promoção de doenças e agravos .(I-17)

O PSF propõe hoje um modelo de reorientação da prática da atenção á saúde, substituindo o modelo tradicional antigo permitindo ás comunidades melhor qualidade de vida através da prevenção e promoção da saúde no âmbito da família, com o acompanhamento de profissionais o que permite melhor integração de ambos e proporciona uma visão geral das necessidades de cada família e melhor resolubilidade para os profissionais gestores. Na visão de Benito (2005 p.636);

“O conhecimento é a relação que se estabelece entre o sujeito que conhece ou deseja conhecer e o objeto a ser conhecido ou que se dá a conhecer. É a capacidade de interpretar e operar sobre um conjunto de Informações. Essa capacidade é criada a partir das relações existentes entre o conjunto de informações, e desse conjunto com outros conjuntos que já lhe são familiares.”

O Ministério da Saúde ao elencar os objetivos do programa, com ênfase na educação preventiva, abordou todos os programas de ações de saúde, no sentido de ampliar a atenção básica. Os indivíduos de todas as idades passaram a ser atores no cenário da saúde, tendo como gerenciador da dinâmica das ações o enfermeiro, o qual está inserido em todas as etapas do processo estratégico do SUS.

Tabela 2: Dificuldades do enfermeiro gestor em atender plenamente os objetivos do programa saúde da família

DIFICULDADES	SUJEITOS	%
SIM	33	73,3
NÃO	12	26,6
Total	45	100

Fonte: Pesquisa Direta

A tabela acima demonstra que a maioria dos informantes (0,73%) consideram não haver possibilidade no atendimento dos objetivos impostos pelo Programa Saúde da família, contra (0,26%) informantes que acreditam nesta possibilidade. As dificuldades são apresentadas através da fala dos informantes abaixo:

“Não, pois a demanda é muito grande, não conseguimos atender 100%”(I-13)

“Não, pois além de termos que fazer as visitas domiciliares e atendimento ambulatorial, temos que manter livros atualizados, e coordenar a casa família, porém as cobranças são todas “em cima do enfermeiro”(I-1)

“Não, porque existe um desvio de função do enfermeiro”[...] (I-21)

“Não, falta de material e pessoal, falta de comprometimento da própria população e excesso de responsabilidade do enfermeiro”[...] (I-27)

“Não, com a equipe incompleta não conseguimos alcançar nosso objetivo”(I-18)

“Não, por falta de suporte do gestor municipal”(I-28)

“Não, dependemos da secretaria de saúde municipal que deixa muito a desejar, pela falta de material, recursos humanos, falta do médico, profissionais capacitados”(I-29)

Atender a metas impostas pelo programa parece ser uma tarefa difícil para maioria dos informantes, esses impasses transcrevem-se de forma peculiar quando a maioria dos atores envolvidos na pesquisa, ressaltam desde a falta de estrutura física, materiais de insumos, falta de recursos humanos, desvio nas funções do enfermeiro, grande demanda de tarefas, justificando suas dificuldades.

Na prática, a multiplicidade de ações de ações deste profissional surge como um obstáculo na substituição do modelo curativo pela ideologia preventiva e de promoção á saúde, evidenciando a insatisfação quanto ao objetivo da estratégia de atenção básica.

Para o planejamento de serviços e administração de uma Unidade de Saúde da Família, é de suma importância conhecer a clientela assistida e a demanda de serviços, que permitam adequações na capacidade de atendimento e adoção de medidas com vistas à satisfação das necessidades do cliente . Este conhecimento propicia uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, o que permite o planejamento de intervenções para além das práticas curativas. (Benito 2005).

4.6 PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO GESTOR SOBRE SEU TRABALHO GERENCIAL

A partir da nova prática gerencial inserida na perspectiva do PSF, ocorrem mudanças gerenciais, mudanças na concepção do processo saúde–doença, além de mudanças no paradigma da vigilância sanitária, saindo da concepção da atenção médica para vigilância em saúde. Estas modificações colocam este profissional no centro da dinâmica laboral como principal gerenciador das diversas ações que formam a base do programa.

“o enfermeiro é o principal membro deste programa..o programa pode ficar um longo período sem o profissional médico, porém não fica sem o enfermeiro”(I-31)

“o enfermeiro é o profissional mais indicado para coordenação de todas as atividades do PSF” (I-15)

“a gerência de enfermagem é fundamental para o desenvolvimento do trabalho”(I-32)

“e de extrema importância, porém o enfermeiro fica sobrecarregado, pois tem que atender a comunidade nas consultas de enfermagem, coordenar todos os programas da unidade, supervisionar tudo, ser responsável pela sala de vacina, realizar PCCU, coordenar e supervisionar os ACS, coordenar campanhas de imunização”[...] (I-29)

A gerência é uma função administrativa de grande importância onde o processo de trabalho deve ser gerenciado por profissional com habilidade e conhecimento na área de saúde e administração, assim como possuir visão geral no contexto em que as ações são inseridas

,além do compromisso social com a comunidade. Partindo dessas premissas é possível observar na fala dos informantes a importância deste profissional no contexto do PSF.

Apesar de todas as atribuições positivas realizadas pelo enfermeiro gestor, a fala de alguns informantes demonstra contrariedade e inquietação no gerenciamento de serviços assim relatados:

“péssimo, o enfermeiro do programa saúde da família não possui autonomia”(I-30)

“o gerenciamento do enfermeiro no PSF acaba sendo desgastante, visto que este profissional é o principal responsável para o desenvolvimento de suas diretrizes... gerenciando as equipes, desenvolvendo ações de promoção á saúde e prevenção de doenças e agravos na população”(I-33)

“a gerência está inerente a natureza profissional da enfermagem, e tentamos realizá-la da melhor maneira possível apesar dos inúmeros obstáculos”(I-22)

De acordo com a política Nacional de Atenção básica (portaria 648/2006) que aborda as atribuições dos profissionais que compõem a equipe Saúde da Família, são atribuições específicas do enfermeiro na equipe saúde da família: realizar consultas de enfermagem, planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelo ACS, supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem, participar do gerenciamento de insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade básica de saúde. (Brasil, 2006).

O enfermeiro vive hoje um dilema quanto as suas atribuições, o que necessita ser revisto e legitimado não apenas no papel, mais na verdadeira essência das suas atribuições. Concordamos com Jonas; Rodrigues & Resck (2011) ao afirmarem que o perfil gerencial pode ser definido como o conjunto de atitudes, aptidões e habilidades ,diante dos quais o enfermeiro desenvolve a gestão dos serviços de enfermagem ou serviços de saúde ,onde se elencam elementos como:liderança, motivação, comunicação, capacidade para lidar com conflitos,conhecimento técnico-científico,para avaliar a necessidade de saúde da população.

É fato, que o enfermeiro tem avançado no controle das suas atividades previstas tanto no Regulamento do Exercício Profissional como pelo Ministério da Saúde, resultando em

expressividade do seu dinamismo. Atividades de planejamento, organização, execução e avaliação das ações, educação em saúde, consulta de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, são efetivamente atribuições que o enfermeiro vem assumindo no percurso PSF.

CAPÍTULO V-CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema Único de Saúde surgiu de forma organizacional com o objetivo de atender as necessidades da população, garantindo assistência básica através da promoção, prevenção e reabilitação da saúde. Partindo-se desta premissa e com a evolução do sistema, o Programa Saúde da Família surge como novo modelo de atenção básica criando a falsa esperança de assegurar a comunidade os princípios do SUS.

Neste cenário o enfermeiro passa a ter como desafio permear todas as ações que conduzam ao alcance dos objetivos do programa. Porém nesta interface com a realização do estudo, foi possível perceber que este profissional apesar de peça fundamental, apresenta um papel distancial no alcance dos objetivos, relutando contra os percalços impostos pela condição socioeconômica e cultural da comunidade. Desta forma apesar do programa consubstanciar-se em teorias e suposições, o enfermeiro gestor vem atuando de forma consciente e responsável na busca qualidade de vida da população, a qual o programa pleiteia.

Visto pelo ângulo da prática social, o profissional enfermeiro é orientado não apenas pela profissão, mas também pelo contexto social, econômico e político em que encontra-se inserido. No contexto do apoio da administração pública analisada neste estudo, este profissional revela o esforço para gerir meios de adaptação em resposta á responsabilidade que norteia suas ações. Mesmo diante das dificuldades e na ausência dos gestores públicos o serviço continua ainda que de forma deficiente.

O trabalho em equipe constitui um dos pilares no atendimento dos objetivos, impostos pelo Programa Saúde da Família, entretanto as diversas particularidades no âmbito profissional e pessoal, incide no trabalho em conjunto, permeando as dificuldades no alcance dos objetivos, de forma á tornar o planejamento do gestor variável e instável.É possível observar neste estudo que a dinâmica do trabalho em equipe é influenciada pela falta de perfil de alguns profissionais ,e que para isso ocorrer há necessidade de novas formas de contratação com base no conhecimento e habilidade , as quais são ferramentas indispensáveis no cuidar em saúde.

A educação em saúde está implicitamente ligada as ações do Programa Saúde da Família, tomando-se esta como elo entre o saber e o fazer, o enfermeiro gestor busca formas

de adesão da população no mecanismo de consciência das ações realizadas pela comunidade na busca do seu próprio bem-estar. Infelizmente a própria cultura e a base da educação permite ainda nos dias de hoje que comunidade seja alheia as ações de saúde e supervalorizem a as consultas médicas. Apesar de todos os esforços por parte da equipe do programa, o paradigma da saúde permanece fixo na figura do médico, aliado às baixas condições socioeconômicas da população adscrita.

É fato que o Programa Saúde da Família surge como uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e família de forma integral, objetivando a reorganização da prática assistencial em substituição do modelo assistencial. Neste contexto o enfermeiro gestor depara-se com as inúmeras ações a serem realizadas objetivando um fim proposto. Na análise sobre o conhecimento do enfermeiro gestor quanto às suas ações gerenciais evidenciou-se o reconhecimento deste profissional na sua prática cotidiana, com base na sua formação acadêmica. Este profissional possui capacidade para gerenciar qualquer atividade que norteie ações em saúde, com habilidade e conhecimento científico. Este profissional busca atender os objetivos propostos ainda que ressaltem a pouca autonomia para resolução de problemas.

Porém, sob a ótica do enfermeiro gestor, a efetividade do programa, está longe de ser alcançada, necessita ainda de compromisso das entidades federais, estaduais e municipais no âmbito de suas competências sendo quase imperceptível que os usuários, são os sujeitos passivos na contemplação das metas impostas pelo programa. O PSF ainda é um modelo assistencial em construção, que busca estratégias para consolidar a atenção básica no País, e que precisa ainda de uma avaliação efetiva para melhoria das ações desenvolvidas no programa. Por ser um trabalho de responsabilidade coletiva, pressupõe também a interação com as diversas esferas governamentais para que seus pressupostos básicos sejam alcançados.

Em sua profissão o enfermeiro desempenha papéis que vão além de atividades assistenciais ou preventivas, no contexto do PSF sua condição de gestor, deixa a certeza da multiplicidade de ações, porém não há consenso quanto as suas atividades gerenciais definidas, o que pressupõe a falta de autonomia deste profissional. Sendo assim não basta a implementação de políticas públicas de saúde, mas a reformulação de currículos nas

academias de enfermagem com objetivos de preparar profissionais capacitados para gestão de serviços em saúde com base nas características sócio-demográficas da população. Este estudo deixa não apenas o conhecimento sobre a dinâmica laborativa do enfermeiro gestor no PSF, mas sugere mudanças na grade curricular com objetivo de formar o enfermeiro gestor na saúde coletiva.

Cabe ressaltar ainda a importância do apoio dos gestores municipais para o andamento das ações realizadas pelos enfermeiros gestores, o que pode ser alcançado através de reuniões com ambas as partes no sentido de vivenciar em conjunto a busca por alternativas que impliquem na melhoria do serviço.

Marucia Fernandes Verçosa

Prática e Percepção do Enfermeiro Gestor quanto a Efetivação do Programa Saúde da Família

BIBLIOGRAFIA

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

Abrahão, A. L. et al. (2008). O sujeito na literatura acadêmica sobre gestão em saúde: notas para a questão da autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.13, n.1, pp. 247-257. Acedido a 12 de maio, 2012 em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413>.

Amendoeira, José.(2009). *Políticas de Saúde em Portugal e desigualdades. Seminários Temáticos Políticas Públicas e desigualdades*. Escola de Enfermagem, Instituto Politécnico de Santarém e Ces Nova, FCSH, UNL <http://repositorio.ipsantarem.pt/>.Acedido em 1] de abril de 2012.

Bacelar, T. (2003). **As Políticas Públicas no Brasil: heranças, tendências e desafios**. Acedido a 12 de maio, 2012 em <http://www4.fct.unesp.br/grupos/gedra/textos/Texto1>.

Bardin, L. (1977). **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70.

Baganha, M. Ioannis; Ribeiro, Joana; Pires, Sónia. 2002. O sector da Saúde em Portugal. Funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional. Paperback. Oficina do CES. N.º 182. Centro de Estudos Sociais, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. **Disponível em**<http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/182/182.pdf>

Campos, A., & Simões,J.(1992). *O Percurso da Saúde: Portugal na Europa*. Ed. Almedina.

Benito, Gladys Amélia Vélez; Becker, Luciana Corrêa; Duarte, Jefferson and Leite, Daniela Stuarde. Conhecimento gerencial requerido do enfermeiro no Programa Saúde da Família. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2005, vol.58, n.6, pp. 635-640. ISSN 0034-7167. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000600002>.

Benito, G.A.; Becker, L.C (2007) Atitudes gerenciais do enfermeiro no programa saúde da família: visão da equipe saúde da família. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.60 n.3. Acedido a 12 de maio, 2012 em:<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000300012>
Brasil. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília,DF/ Senado Federal, Seção II da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2003). **Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – 1. ed., 4.^a reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. História do SUS. Disponível em: <http://www.sespa.pa.gov.br/SUS/sus/sus.historia.htm>>. Acesso em 28 fev. 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2006). **Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Acedido a 15 de maio, 2012 em http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. (2002). **Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02**. Brasília.

CAVALCANTI,P.B.Subsídios para Análise do Sistema de Saúde Português: avanços e reflexos.In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS,3, São Luís – MA, 2007.Resumo,São Luiz-MA

Cotta R.M.M,et all.(2006). Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.15, n.3. p.8

Cunha, I.C.K.. & Neto, F. R. (2006). Competências Gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio?. **Texto contexto - enfermagem**. v.15, n.3. Acedido a 04 de junho, 2012 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=3

Scorel, S. et al. (2007). O Programa Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, EUA, v. 21, n. 2, p. 164-176.

Fernandes, M. C. et al. (2010) Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.63, n.1. p.12

Ferro, R.C et al (2006). Panorama das políticas no setor saúde e a enfermagem na década de 1980. *Esc. Anna Nery [online]*. 2006, vol.10, n.3. Acedido a 16 de junho, 2012 em <http://www.scielo.br/scielo.php?>

Goncalves, R.J.S.; Soares, R. A.; Troll, T. & Cyrino, E.G. (2009). Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Rev. bras. educ. med.** , v.33, n.3. Acedido a 22 de abril, 2012 em <http://www.scielo.br/scieloOrg/php/translate.php?>

Guimarães L, Giovanella L. (2006). **Integração Européia e Políticas de Saúde**: repercussões do mercado interno europeu no acesso aos serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*; 22(9): 1795-1808.

Henrique, F. & calvo, M. C M. (2009). Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. **Ciênc. saúde coletiva**, v.4, n.1. Acedido a 14 de junho, 2012 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800008.

Jonas,L.et al.(2011).A Função Gerencial do Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família:limites e possibilidades.**Rev.APS**, jan/mar; 14(1); 28-38. 28

Junqueira, T. S et al. (2010). As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cad. Saúde Pública**, v.26, n.5.

Junior, A. P. & Junior, L.C. (2006). Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.1.

Kleba, M.E.; Krauser e I.M.; Vendruscolo C. (2011). O planejamento Estratégico Situacional no Ensino da Gestão em Saúde da Família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, Jan-Mar; 20(1): 184-93. Acedido a 27 de maio, 2012 em www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/22.pdf

Lourenção, L.G.; & Soler, Z.A.S.G. (2004). Implantação do Programa Saúde da Família no Brasil. **Arq Ciênc Saúde**. jul-set; 11(3):158-62.

Magalhães, R.; Burlandy, L. & Senna, M.C.M. (2007). Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n.6. Acedido a 12 de maio, 2013 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000600002

Marzari, Carla K.; Junges, José Roque & SELLI, Lucilda. (2011). Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. vol.16, suppl.1, pp. 873-880. ISSN 1413-8123.

Minayo, M. C de S. (2004). **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ªed. São Paulo.

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. (1997). **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 36 p.

Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. (2005). **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados/coordenação: Sarah Escorel**. 2.ed. atualizada. Brasília, Ministério da Saúde.

Moysés, Samuel Jorge, Moysés, Simone Tetu, & Krempel, Márcia Cristina. (2004). Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9.n.3. Acedido a 12 de maio, 2012 em: <http://www.scielo.br/scielo.php?>

Munari, D. B. & Bezerra, A. L. Q. (2004). Inclusão da competência interpessoal na formação do enfermeiro como gestor. **Revista Brasileira Enfermagem**. v.57, n.4. Acedido a 16 de junho, 2012 em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n4/v57n4a20.pdf>

Noronha, M. G. R. C. e Silva, L. F. D. L. (2011) O agir em Saúde da Família: as condições existentes e necessárias para a interação e a troca de conhecimentos na prática profissional. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.16, n.3, pp. 1745-1754.

Oliveira, D.C. et.al. (2008). A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. **Cad. Saúde Pública**, v.24.n.1.

Oliveira, H. M.; Goncalves, M. J. F. & Pires, R.O.M. (2011). Caracterização da estratégia saúde da família no estado do Amazonas, Brasil: análise da implantação e impacto. **Cad. Saúde Pública** .v.27,n.1.,Acedido a 09 de abril, 2012 em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>?

Oliveira, R.G & Marcon, S.S. (2001). Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. **Rev Esc. Enferm.**vol.41, n.1.

Paulino Artur Ferreira de Sousa. (2009). O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. **Acta Paul Enferm** ; 22 (Especial - 70 Anos): 884-94.Palestra.

Pierantoni, C.R.(2001).As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.6, n.2, pp. 341-360.

Pires, MRGM. & Gottens,L.B.D. (2009). Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. **Rev Bras Enferm.** Brasília 2009 mar-abril; v.62.p. 294-9.

Ribeiro, E. M. (2004) As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** Ribeirão Preto,v.12,n4. Acedido a 04 de junho, 2012 em: <http://www.scielo.br/scielo.php?>

Roecker, Simone; Budo, Maria de Lourdes Denardin & Marcon, Sonia Silva.(2012).Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. *Rev. esc. enferm. USP* , vol.46, n.3, pp. 641-649.

Ronzani, T. M.& Silva, C. M. (2008). O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência saúde coletiva [online]**. vol.13, n.1, pp. 23-34. ISSN 1413-8123. Acedido a 12 de junho, 2012 em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000100007>

Ruthes, Rosa Maria, & Cunha, Isabel Cristina. (2006). Gerenciamento de Enfermagem e administração das organizações do Terceiro Setor. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 59(6), 796-799. Acedido em 14 de maio, 2012 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-000600014.

Schneider, A.; Miranda, A. M.; Kujawa, H.; Andrade, J.; Both, V.; Brutscher, V. et al. (2007). **Pacto pela Saúde: possibilidade ou realidade? Passo Fundo: IFIBE/CEAP**

Silva, Mariana Vieira da.(2012). Políticas públicas de saúde: tendências recentes. **Sociologia, Problemas e Práticas [online]**. n.69, pp. 121-128. ISSN 0873-6529. <http://dx.doi.org/10.7458/SPP201269790>

Silva AP, Poppe MCM. (2010). Percepção do enfermeiro do PSF sobre a relação meio ambiente e promoção da saúde em Canavieiras, Bahia. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.38, n.7, pp. 59.

Spagnol, Carla Aparecida. (2005). (Re) pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10,n.1, p119-127.

Sousa, R.R. (2001). **O Sistema Público de Saúde Brasileiro, Seminário Internacional. Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas**. São Paulo.

Tesser, C. D.; Polineto, P. & Campos, G. W. S.(2010). Acolhimento e desmedicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, n.3.

Pedrosa JIS & Teles JBM 2001. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública* 35(2):303-311. [Links]

Vasconcelos, F. G. A. & Zaniboni, M. R. G. (2011). Dificuldades do trabalho médico no PSF. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.16, supl.1. p. 1497-1504. ISSN 1413-8123.

Villas Boas, Lygia Maria; Araujo, Marize Barros & Timoteo, Rosalba Pessoa. (2008). A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. vol.13, n.4, pp. Acedido a 16 de agosto, 2012 em <http://www.scielo.br/scieloOrg/php/reference.php>

Marucia Fernandes Verçosa

Prática e Percepção do Enfermeiro Gestor quanto a Efetivação do Programa Saúde da Família

ÍNDICE REMISSIVO

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

A

assistência, 14, 19, 20, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 31, 33, 38,
39, 41, 43, 53, 54, 55, 57, 58, 64, 72

C

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, 21

comunidade Européia, 45

Conselho Consultivo de Administração da Saúde

Previdenciária, conhecido como Plano do **CONASP**,
22

E

educação em saúde, 37, 64, 67, 71

enfermagem, 14, 15, 27, 38, 39, 40, 41, 42, 53, 54, 55,

58, 63, 69, 70, 71, 73, 75, 78, 84

enfermeiros gestores., 66

G

gerência em saúde coletiva, 37

gestão, 15, 23, 25, 36, 37, 38, 39, 42, 44, 45, 55, 57, 58,

60, 65, 70, 73, 74, 76, 77

gestor municipal, 56, 68

I

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social, 20

M

médico, 6, 14, 27, 37, 43, 61, 62, 64, 65, 68, 69, 76, 78

Ministério da Saúde, 8, 13, 14, 20, 27, 28, 29, 31, 32, 33,
44, 59, 63, 64, 68, 71, 75, 76, 77

P

Política Nacional de Atenção Básica, 31, 60, 75

políticas públicas, 19

Programa Agentes Comunitários de Saúde, 8, 30, 31, 75

Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS),
27, 28, 31, 60

Programa de Saúde da Família, 13, 26, 28, 29, 30, 31, 40,
62, 77

Promoção da Saúde, 66

S

Saúde Pública, 19, 21, 76, 77

secretaria municipal de saúde, 56, 58

SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência
Social, 21

Sistema Único de Saúde (SUS), 23, 26, 31, 33, 37, 40

Marucia Fernandes Verçosa

Prática e Percepção do Enfermeiro Gestor quanto a Efetivação do Programa Saúde da Família

APÊNDICES

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

APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO PARA PESQUISA IN LOCO
UNIVERSIDADE LUSÓFONA DE HUMANIDADES E TECNOLOGIAS
MESTRADO EM GESTÃO

QUESTIONÁRIO- Título: PRÁTICA E PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO GESTOR
QUANTO A EFETIVAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA - BELÉM-PARÁ

A. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES:

Informante nº _____

Idade: _____ Setor: _____ Turno: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Tempo de atuação como enfermeiro gestor no PSF: _____ anos.

Tempo de formação superior: _____ anos.

Especialização: _____ Em que? _____

Tem vínculo empregatício com outra instituição de saúde? () Sim () Não
() Instituição Pública () Instituição privada () Outra

Qual é sua situação de trabalho na PSF:

() contrato () concurso público () recontratado

() outros. Quais? _____

B. PARTE ESPECÍFICA:

1- Quais as atividades gerenciais/administrativas você exerce no PSF?

2- Como enfermeiro gestor, que dificuldades são encontradas na sua atuação relacionada à administração pública?

3- Você encontra dificuldades em relação ao trabalho com a sua equipe do PSF? Quais?

4-Você encontra dificuldades no seu trabalho em relação à população adstrita?Quais?

5-Quais os objetivos á serem alcançados pelo programa saúde da família?

6-Na sua percepção, a prática cotidiana do enfermeiro gestor consegue atender plenamente os objetivos impostos pelo programa Saúde da Família?

7-Quais dificuldades o enfermeiro gestor encontra na prática cotidiana para atender os objetivos impostos pelo programa Saúde da família?

8-Qual sua percepção sobre o trabalho gerencial de enfermagem dentro do programa saúde da família?

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PRÁTICA E PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO GESTOR QUANTO A EFETIVAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Prezado (a) Senhor (a):

Venho por meio deste termo de consentimento livre e esclarecido, convidá-la à participar desta pesquisa, a qual servirá para Dissertação , da mestranda Marucia Fernandes Verçosa, regularmente matriculadas no Mestrado em Gestão do curso Conhecimento e Ciência, tendo como orientador o docente Dr. Ricardo Figueiredo Pinto. Esta pesquisa tem como objetivo geral conhecer a prática do enfermeiro gestor no Programa Saúde da Família, sua percepção e dificuldades quanto ao alcance dos objetivos impostos pelo programa. Esclarecemos que o Senhor (a) será informante da pesquisa. Para o registro de suas respostas faremos uso de um questionário com perguntas relacionadas às suas atividades como gestor(a) , onde registraremos suas respostas, caso o Senhor(a) concorde. A aplicação do questionário se dará após autorização da direção da instituição e consentimento livre e esclarecido dos informantes, mediante agendamento com data marcada para permitir melhor disponibilidade do informante. Informamos ainda que durante a entrevista podem vir á tona emoções, como sentimentos de descontentamento quanto á função, os quais serão respeitados de acordo com a necessidade da informante sem maiores especulações. Após o conhecimento de suas respostas, iremos organizá-las para, em um encontro posterior, apresentar e discutir com o senhor(a) as respostas que podem permanecer ou devem ser retiradas do estudo. Asseguramos ao senhor(a) que seu nome será mantido em sigilo. Utilizaremos letras e números como por exemplo I-1(Informante 1), para que seja assegurado total sigilo sobre sua identidade. A sua participação nesta pesquisa não acarretará nenhum prejuízo de ordem física ou moral. Vale ressaltar que sua participação poderá ser interrompida a qualquer momento e também poderá desautorizar a pesquisadora de fazer uso de suas informações. Após a obtenção dos dados os mesmos serão organizados para análise. O resultado final da pesquisa será apresentado Á Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias –ULHT de Lisboa-Portugal. Informamos ainda que seus depoimentos serão devolvidas aos informantes, sem que haja nenhum prejuízo para si, e que não haverá nenhum valor econômico á receber ou pagar por sua participação no estudo. O benefício a ser obtido com este estudo consiste

em contribuir para a formação de enfermeiros gestores no desenvolvimento do trabalho com a comunidade a partir do conhecimento das atribuições destes profissionais .

Eu _____ RG. Nº _____
_____ declaro que li as informações sobre a pesquisa e que me sinto esclarecido (a) sobre o conteúdo da mesma. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar cooperando com a coleta de informações para a mesma.

Pesquisadora: Marucia Fernandes Verçosa

End.: Av.Almirante Barroso,Alameda Ferreira Teixeira 135-Marco

Telefone: 91- 3228 1556

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa : AV.Nazaré.650,Fone: 91- 4009-2100

Marucia Fernandes Verçosa

Prática e Percepção do Enfermeiro Gestor quanto a Efetivação do Programa Saúde da Família


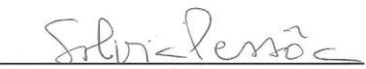
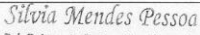
ANEXOS

ANEXO I- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: PRÁTICA E PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO GESTOR QUANTO A EFETIVAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.		2. Número de Sujeitos de Pesquisa: 38	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: MARUCIA FERNANDES VERÇOSA			
6. CPF: 247.116.672-53		7. Endereço (Rua, n.º): AV. ALMIRANTE BARROSO MARCO PRÓXIMO A MARIZ E BARROS BELEM PARA 66095160	
8. Nacionalidade: BRASILEIRA		9. Telefone: (91) 8030-5253	11. Email: biluovic@ig.com.br
12. Cargo:			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>05 / 12 / 2012</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: Centro Universitário do Pará - CESUPA		14. CNPJ: 15.254.949/0001-95	15. Unidade/Orgão:
16. Telefone: (91) 4009-2100		17. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>Silvia Mendes Pessoa</u> Pró-Reitora de Graduação e Extensão		CPF: <u>23776200278</u>	
Cargo/Função: <u>Silvia Mendes Pessoa</u> Pró-Reitora de Graduação e Extensão		 Assinatura	
Data: <u>06 / 12 / 12</u>			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
 Pró-Reitora de Graduação e Extensão			
Não se aplica.			

ANEXO II- DECLARAÇÃO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE- SESMA



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE PROMOÇÃO A SAÚDE – NUPS
COMISSÃO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA - CAPP

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que a SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE- SESMA está ciente do Projeto de Pesquisa de Mestrado do curso de Enfermagem, intitulado: “PRÁTICA E PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO GESTOR QUANTO A EFETIVAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA”. Onde será realizado nas Equipes Saúde da Família- PSF, da Região Metropolitana de Belém-PA.

Entretanto, enquanto está sob análise da CAPP, para receber parecer definitivo e, conforme protocolo dessa Secretaria de Saúde, faz-se necessário o comprovante de aprovação do Projeto pelo Comitê de Ensino e Pesquisa – CEP, da Instituição de origem.

Belém, 27 de Dezembro de 2012.

Dra. Thais de P. Medeiros
Educação Permanente/CAPP
NUPS/SESMA

Thais de Pinho Medeiros
Coordenadora da Comissão de Análise de Projetos de Pesquisa - CAPP



Rodovia Arthur Bernardes s/n, km-14, Galpão 04
Bairro do Tapanã - CEP: 66825-000 - Belém – Pará
E-mail: rtsausedacrianca@gmail.com
Tel/fax: 31846146



ANEXO III-PARECER DO CEP



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PARÁ – CESUPA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRÁTICA E PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO GESTOR QUANTO A EFETIVAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Pesquisador: MARUCIA FERNANDES VERÇOSA

Área Temática:

Versão:2

CAAE: 11536212.5.0000.5169

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 224.664

Data da Relatoria:20/03/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto retornou ao CEP de forma protocolar. O Projeto visa demonstra a importância de conhecer a prática do enfermeiro gestor no Programa Saúde da Família. Apresenta todos os documentos solicitados, como: termos, aceite, TCLE, folha de coleta de dados.

Objetivo da Pesquisa:

Estão de acordo com a finalidade do projeto proposto

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os autores dimensionam adequadamente os riscos e benefícios a que estão sujeitos os participantes da pesquisa. Contudo essa percepção é melhor compreendida no Projeto de Pesquisa.



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PARÁ – CESUPA

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O trabalho apresenta mérito científico. Sua abordagem obedece critério de pesquisa exploratória (estudo decaso) e descritiva (características de uma população). Contudo, a metodologia do projeto é pouco fundamentada e não deixa explícito os procedimentos que serão empregados na investigação científica (vide-arquivo Plataforma Brasil/CONEP). Informações imprescindíveis, por exemplo, de onde e como serão feitas as pesquisas de campo não estão contempladas na metodologia. As informações adjacentes aparecem somente no projeto de pesquisa original (anexado as documentações da Plataforma Brasil)

Endereço: Av. Nazaré, 630

Bairro: Nazaré

CEP: 66.035-170

UF: PA

Município: BELÉM

Telefone: (91)4009-2100

FAX: (91)3212-9544

E-mail: cep@cesupa.br

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentação adequada de todos os itens.

Recomendações:

Na próxima submissão destacar no arquivo on-line os métodos de análise.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências encontradas no projeto anterior foram solucionadas. Portanto, considero o projeto dentro dos preceitos da resolução 196/96.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acata o parecer do relator.

BELEM, 20 de Março de 2013

Assinador por:

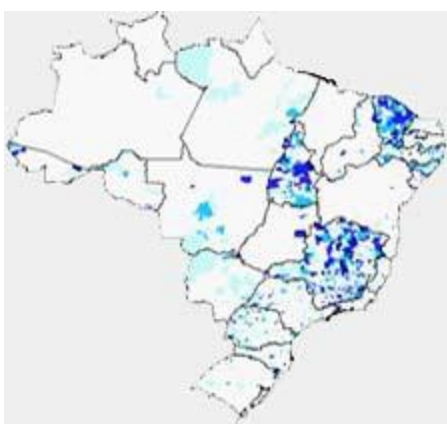
PATRICK ABDALA FONSECA GOMES
(Coordenador)

ANEXO IV- IMPLANTAÇÃO DAS ESF NO BRASIL

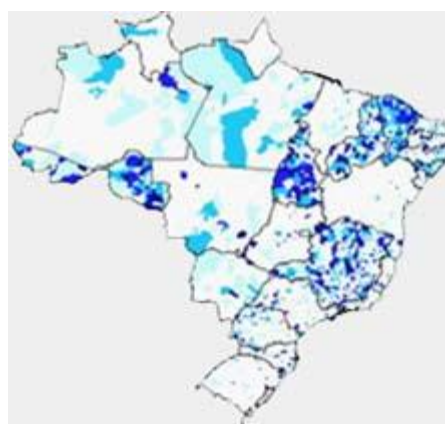
Evolução da Implantação das Equipes Saúde da Família

BRASIL - 1998 - SETEMBRO/2010

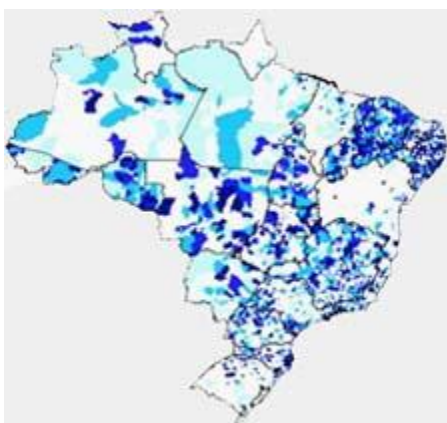
1998



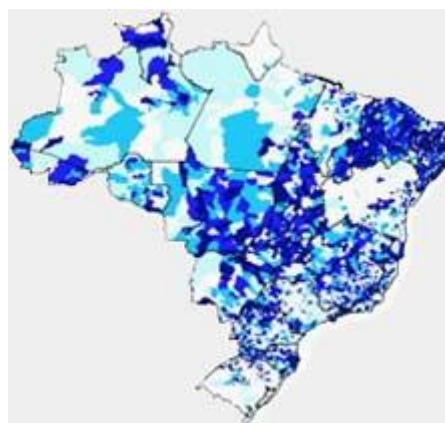
1999



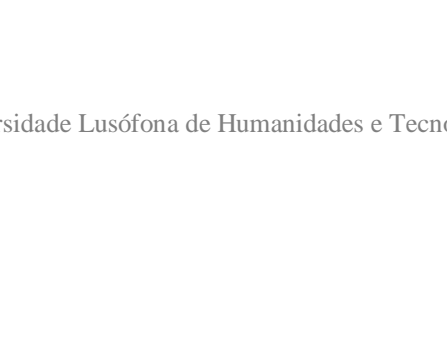
2000



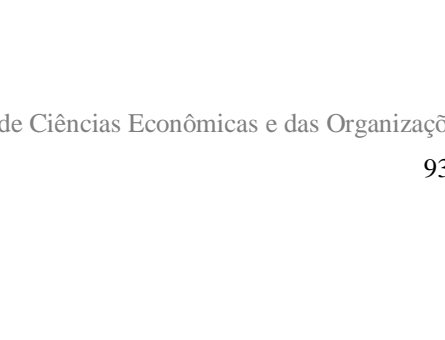
2001



2002

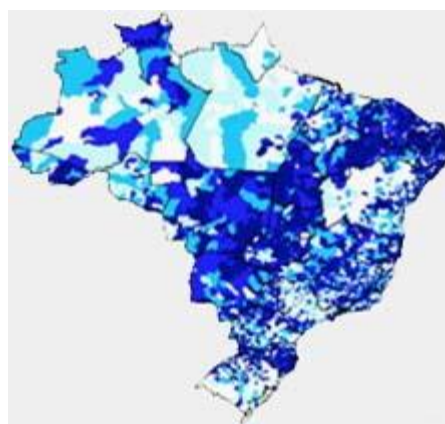


2003

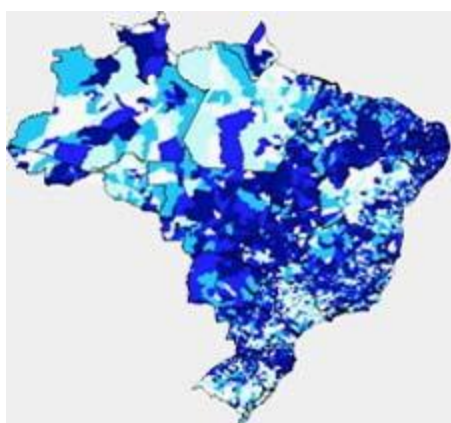




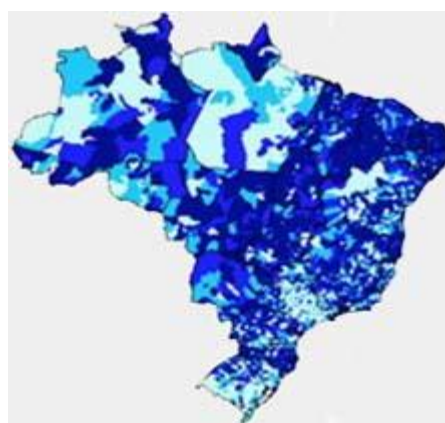
2004



2005



2006

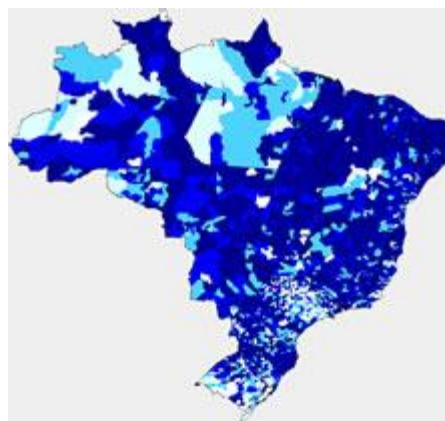


2007

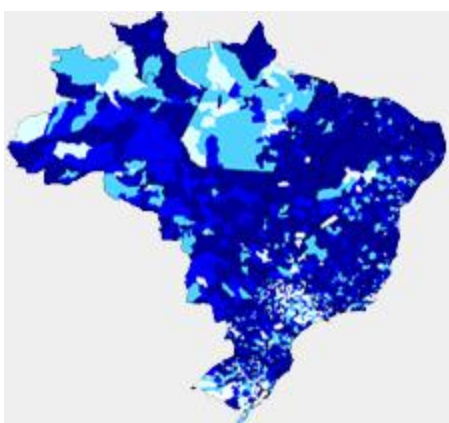
2008



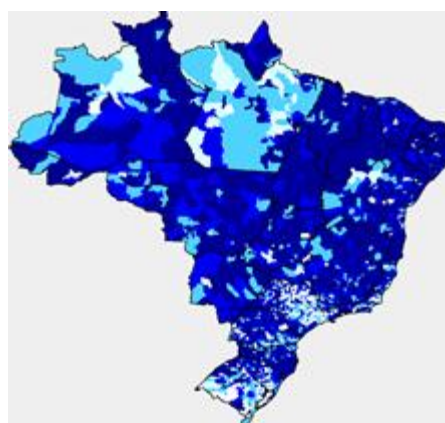
2009



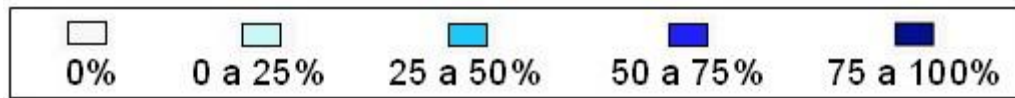
2010



AGOSTO 2011

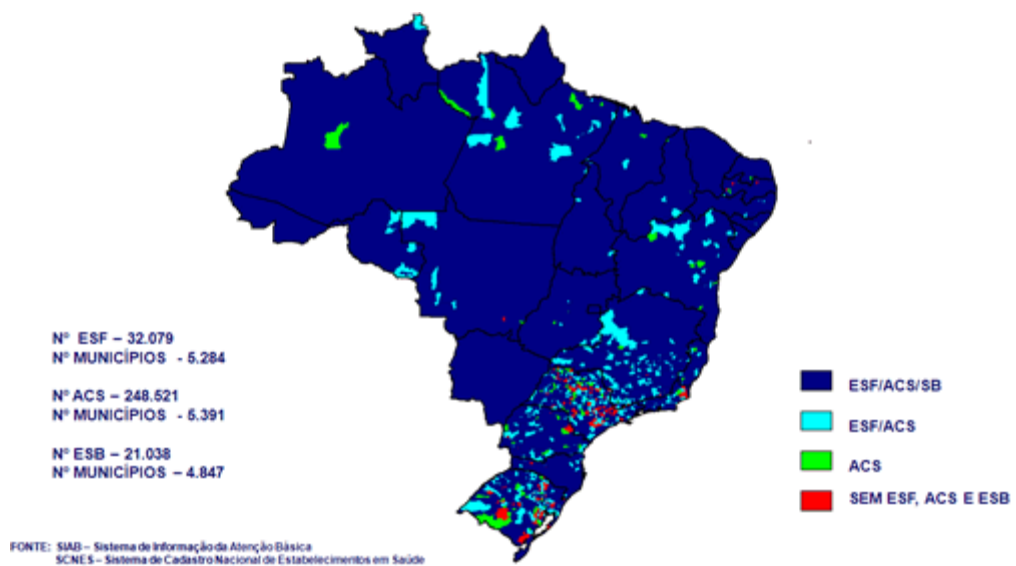


FONTE: DATASUS



Histórico de Cobertura do PSF

Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde BRASIL - AGOSTO 2011



FONTE: DATASUS

ANEXO IV-LEGISLAÇÃO

C.3 PORTARIA Nº 1886/GM

Em, 18 de dezembro de 1997.

Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições e, considerando que o Ministério da Saúde estabeleceu no seu Plano de Ações e Metas priorizar os Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família, estimulando a sua expansão; o Ministério da Saúde reconhece no Programa de Agentes Comunitários de Saúde e no Programa de Saúde da Família importante estratégia para contribuir no aprimoramento e na consolidação do Sistema Único de Saúde, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar, **RESOLVE:**

Art. 1º Aprovar as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família, nos termos dos Anexos I e II desta Portaria, com vistas a regulamentar a implantação e operacionalização dos referidos Programas.

Art. 2º Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

CARLOS CÉSAR DE ALBUQUERQUE

C.4 PORTARIA Nº 157/GM

Em, 12 de fevereiro de 1998

Estabelece os critérios de distribuição e requisitos para a qualificação dos Municípios aos incentivos ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e ao Programa de Saúde da Família.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições,

considerando a necessidade de implementar a parte variável do Piso da Atenção Básica - PAB referente aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família, conforme consta no parágrafo 1º, do Art. 5º, da Portaria/GM/MS nº 1882 de 18.12.97;

considerando, ainda, o disposto na Instrução Normativa nº 01/98, de 02 de janeiro de 1998, que regulamenta os conteúdos, instrumentos e fluxos do processo de habilitação de Municípios, Estados e Distrito Federal de acordo com a NOB/SUS 01/96, resolve:

Art. 1º A qualificação dos Municípios aos incentivos ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e ao Programa de Saúde da Família - PSF observará o disposto nesta Portaria.

Art. 2º Para receberem os recursos do incentivo ao PACS e ao PSF os Municípios deverão observar as Normas e Diretrizes dos Programas, constantes nos anexos da portaria/GM/MS nº 1886 de 18 de dezembro de 1997.

Art. 3º Os recursos financeiros federais relativos aos incentivos ao PACS e PSF serão transferidos fundo a fundo, em parcelas mensais, somente a Municípios habilitados, de acordo com a Norma Operacional Básica -NOB/SUS - 01/96.

Art. 4º Ficam definidos os seguintes valores como incentivo:

I. para cada Agente Comunitário de Saúde, R\$ 1.500,00 (Um mil e quinhentos reais) por ano;

II. para cada equipe de Saúde da Família em:

- a) municípios com parte fixa do PAB maior ou igual a R\$ 10,00 (dez reais) e menor que R\$ 12,00 (doze reais), incentivo de R\$ 21.000,00 por ano;
- b) municípios com parte fixa do PAB maior ou igual a R\$ 12,00 (doze reais) e menor que R\$ 14,00 (quatorze reais), incentivo de R\$ 19.000,00 por ano;
- c) municípios com parte fixa do PAB maior ou igual a R\$ 14,00 (quatorze reais) e menor que R\$ 16,00 (dezesesseis reais), incentivo de R\$ 17.000,00 por ano;
- d) municípios com parte fixa do PAB maior ou igual a R\$ 16,00 (dezesesseis reais) e menor ou igual a R\$ 18,00 (dezoito reais), incentivo de R\$ 15.000,00 por ano.

Parágrafo Único: Os incentivos são cumulativos no limite de 6 (seis) ACS por equipe de saúde da família, com exceção das equipes ompostas nos termos do item 11.3.2 do anexo 2 da Portaria\GM\MS nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997.

Art 5º Ficam estabelecidos os seguintes parâmetros de cobertura:

I - Cada equipe de saúde da família será responsável por no mínimo 2.400 e no máximo 4.500 pessoas;

II - Cada agente comunitário de saúde será responsável por no mínimo 400 e no máximo 750 pessoas.

Parágrafo Único. O Ministério da Saúde realizará, no prazo máximo de 03 meses, avaliação dos resultados do critério de transferência dos recursos de incentivo e dos limites de cobertura de população aqui estabelecidos.

Art. 6º A Comissão Intergestores Bipartite poderá reavaliar as metas estaduais podendo, mediante a definição do montante de incentivos previstos para o estado, redirecionar os quantitativos de expansão de número de agentes comunitários ou número de equipes de saúde da família.

Art. 7º Ao final de cada trimestre de 1998 o Ministério da Saúde apresentará na Comissão Intergestores Tripartite, estudo comparativo contendo os recursos financeiros estimados para os incentivos no trimestre, e os recursos efetivamente transferidos aos Municípios habilitados e qualificados para receberem os incentivos.

Parágrafo Único. A utilização dos saldos dos incentivos, porventura existentes, será definida segundo critérios de avaliação a serem definidos e pactuados na Comissão Intergestores Tripartite.

Art. 8º Os Municípios que até dezembro de 1997 implantaram o PACS ou o PSF, terão assegurada a alocação das cotas de incentivos de acordo com o número de agentes comunitários de saúde e de equipes de saúde da família existentes, desde que cumpridas as Normas e Diretrizes dos Programas.

Art. 9º A ampliação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família, em 1998, deverá dar prioridade aos Municípios inseridos nos Programas Comunidade Solidária e Amazônia Solidária, no Projeto para a Redução da Mortalidade na Infância, nos projetos de assentamentos rurais, àqueles integrantes de consórcios intermunicipais de saúde e outras definidas na CIB.

Art. 10º Para a qualificação dos municípios ao incentivo ao PACS e PSF fica estabelecido:

I. Os municípios habilitados de acordo com a NOB/SUS 01/96 até a data de publicação desta portaria, que têm os programas implantados receberão os incentivos a partir do mês de habilitação, devendo a CIB encaminhar à Comissão Técnica da CIT resolução aprovando a cota de incentivo, acompanhada da Declaração de Incentivo ao PACS e PSF, de acordo com Anexo I desta portaria, no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data de publicação desta portaria. O não envio da informação dentro do prazo aqui definido implica em suspensão desse direito;

II. Os municípios que em dezembro de 1997 já contavam com o PACS e/ou PSF instalados, qualificam-se para o recebimento dos respectivos incentivos ao solicitar habilitação de acordo com a NOB/SUS 01/96. A este processo deve ser incorporada a Declaração de Incentivo ao PACS e PSF, Anexo i desta portaria. Este documento passa a integrar o processo de habilitação e a acompanhar a Declaração do Teto Financeiro Global do Município, Anexo 6 da Instrução Normativa nº 01/98 de 02 de janeiro de 1998.

III. Aqueles municípios que se qualificarem para a implantação dos programas e expansão de número de agentes comunitários e/ou de número de equipes de saúde da família devem fazê-lo através de resolução da CIB acompanhada da Declaração de Incentivo ao PACS e PSF, Anexo I desta portaria.

Art. 11º O gestor estadual é o responsável por atestar mensalmente a relação de municípios que receberão o incentivo, assim como o número de Agentes Comunitários e de equipes de Saúde da Família em cada um deles.

Parágrafo único. O não recebimento da informação acima implicará em suspensão do pagamento do incentivo.

Art. 12º Os municípios que já têm os programas ou que venham implantá-los terão prazo até 30 de junho de 1998 para a instalação do Sistema de Informação da Atenção Básica -SIAB. A partir dessa data a falta de alimentação do banco de dados desse sistema de informação, por período de 02 (dois) meses consecutivos ou 03 (três) meses alternados durante o ano, implicará na suspensão da transferência dos recursos do incentivo.

Art. 13º Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

CARLOS CESAR DE ALBUQUERQUE

LEI Nº 10.507, DE 10 DE JULHO DE 2002

Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica criada a profissão de Agente Comunitário de Saúde, nos termos desta Lei.

Parágrafo único. O exercício da profissão de Agente Comunitário de Saúde dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 2º A profissão de Agente Comunitário de Saúde caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local deste.

Art. 3º O Agente Comunitário de Saúde deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da profissão:

I - residir na área da comunidade em que atuar;

II - haver concluído com aproveitamento curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde;

III - haver concluído o ensino fundamental.

§ 1º Os que na data de publicação desta Lei exerçam atividades próprias de Agente Comunitário de Saúde, na forma do art. 2º, ficam dispensados do requisito a que se refere o inciso III deste artigo, sem prejuízo do disposto no § 2º.

§ 2º Caberá ao Ministério da Saúde estabelecer o conteúdo programático do curso de que trata

inciso II deste artigo, bem como dos módulos necessários à adaptação da formação curricular dos Agentes mencionados no § 1º.

Art. 4º O Agente Comunitário de Saúde prestará os seus serviços ao gestor local do SUS, mediante vínculo direto ou indireto.

Parágrafo único. Caberá ao Ministério da Saúde a regulamentação dos serviços de que trata o caput.

Art. 5º O disposto nesta Lei não se aplica ao trabalho voluntário.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 10 de julho de 2002; 181º da Independência e 114º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

PORTARIA Nº 648, DE 28 DE MARÇO DE 2006

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil;

Considerando a expansão do Programa Saúde da Família (PSF) que se consolidou como a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil;

Considerando a transformação do PSF em uma estratégia de abrangência nacional que demonstra necessidade de adequação de suas normas, em virtude da experiência acumulada nos diversos estados e municípios brasileiros;

Considerando os princípios e as diretrizes propostos nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, entre as esferas de governo na consolidação do SUS, que inclui a desfragmentação do financiamento da Atenção Básica;

Considerando a diretriz do Governo Federal de executar a gestão pública por resultados mensuráveis; e

Considerando a pactuação na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 23 de março de 2006, resolve:

Art. 1º Aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, nos termos constantes do Anexo a esta Portaria.

Parágrafo único. A Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (SAS/MS) publicará manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas desta Política.

Art. 2º Definir que os recursos orçamentários de que trata a presente Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

I - 10.301.1214.0589 - Incentivo Financeiro a Municípios Habilitados à Parte Variável do Piso de Atenção Básica;

II - 10.301.1214.8577 - Atendimento Assistencial Básico nos Municípios Brasileiros; e

III - 10.301.1214.8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

PORTARIA Nº 2.226, DE 18 DE SETEMBRO DE 2009

Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a Portaria Nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica;

Considerando a Portaria Nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;

Considerando a Portaria Nº 837/GM, de 23 de abril de 2009, que insere o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando a necessidade de aprimorar a estrutura física das Unidades Básicas de Saúde para o melhor desempenho das ações das Equipes;

Considerando a necessidade de expansão da Atenção Primária à Saúde por meio da implantação de novas Equipes de Saúde da Família em grandes Municípios; e

Considerando os resultados da pesquisa Saúde da Família no Brasil: Situação atual e perspectivas - estudo amostral 2008, resolve:

Art. 1º Instituir, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde.

§ 1º O Plano ora instituído tem por objetivo criar mecanismos que possibilitem o financiamento da construção de Unidades Básicas de Saúde como forma de prover infraestrutura adequada às Equipes de Saúde da Família - ESF para a melhoria do desempenho de suas ações e estimular a implantação de novas equipes.

§ 2º O Plano é constituído por 3 (três) componentes definidos, em conformidade com o quantitativo populacional de cada Município, com base no estabelecido pela Resolução Nº 08, de 27 de agosto de 2008, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, de acordo com o que segue:

I - Componente I: implantação de UBS em Municípios com população de até 50.000 (cinquenta mil) habitantes;

II - Componente II: implantação de UBS em Municípios com população de 50.001 (cinquenta mil e um) a 100.000 (cem mil) habitantes; e

III - Componente III: implantação de UBS em Municípios com população acima de 100.001 (cem mil e um) habitantes.

§ 3º O Ministério da Saúde estabelecerá, a cada ano, os recursos financeiros que serão destinados ao Plano Nacional ora instituído, quantitativo de UBS a serem financiadas/construídas e os critérios de habilitação para cada Componente.

§ 4º As UBS construídas no âmbito deste Plano deverão, obrigatoriamente, abrigar Equipes de Saúde da Família a serem identificadas de acordo com os padrões visuais do

Programa Saúde da Família estabelecidos pelo Ministério da Saúde e que se encontram disponíveis para consulta no sítio eletrônico www.saude.gov.br/dab.

Art. 2º Definir 2 (dois) portes de UBS a serem construídas/financiadas pelo Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde:

I - UBS Porte I - UBS destinada e apta a abrigar 1 (uma) Equipe de Saúde da Família; e

II - UBS Porte II - UBS destinada e apta abrigar, no mínimo, 3 (três) Equipes de Saúde da Família.

Parágrafo único. As UBS deverão contar, no mínimo, respectivamente para o Porte I e Porte II, com área física e distribuição de ambientes estabelecidos, conforme estabelecido no Anexo a esta Portaria.

Art. 3º Estabelecer que os recursos para o financiamento das ações previstas no Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde constam no Plano Purianual - PPA 2008/2011.

Art. 4º Estabelecer que o valor dos recursos financeiros a ser destinado pelo Ministério da Saúde para o financiamento da construção de cada UBS, de acordo com seu respectivo Porte, seJá de:

I - UBS de Porte I: R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais); e

II - UBS de Porte II: R\$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais).

Parágrafo único. Caso o custo da construção da UBS seja superior ao repasse a ser efetuado pelo Ministério da Saúde, conforme definido no caput deste artigo, a diferença deverá correr por conta do Município.

Art. 5º Estabelecer, para os Municípios integrantes do Componente I, os seguintes critérios de habilitação ao recebimento dos recursos previstos no Plano 2009/2010:

I - o Município deve contar com população de até 50.000 (cinquenta mil) habitantes; e

II - o Município deve contar com cobertura de Saúde da Família igual ou superior a 70% (setenta por cento).

§ 1º A UBS a ser financiada/construída poderá ser utilizada pelo Município para instalar ESF já existente ou para nova ESF a ser implantada.

§ 2º No Componente I, somente serão financiadas UBS de Porte I, conforme definido no artigo 2º desta Portaria.

§ 3º Nesta fase inicial de implantação do Plano Nacional, cada Município poderá pleitear apenas 1 (uma) UBS.

Art. 6º Estabelecer, para os Municípios integrantes do Componente II, os seguintes critérios de habilitação ao recebimento dos recursos previstos no Plano 2009/2010:

I - o Município deve contar com população de 50.001 (cinquenta mil e um) a 100.000 (cem mil) habitantes; e

II - o Município deve contar com cobertura de Saúde da Família igual ou superior a 50% (cinquenta por cento).

§ 1º A UBS a ser financiada/construída poderá ser utilizada pelo Município para instalar ESF já existente ou para nova ESF a ser implantada.

§ 2º No Componente II, poderão ser financiadas UBS de Porte I ou II, conforme definido no artigo 2º desta Portaria.

§ 3º Nesta fase inicial de implantação do Plano Nacional, cada Município poderá pleitear apenas 1 (uma) UBS.

Art. 7º Estabelecer, para os Municípios integrantes do Componente III, os seguintes critérios de habilitação ao recebimento dos recursos previstos no Plano 2009/2010:

I - o Município deve contar com população maior que 100.000 (cem mil) habitantes; e

II - quanto à cobertura de Saúde da Família:

a) se igual ou superior a 50% (cinquenta por cento), a UBS a ser financiada/construída poderá ser utilizada pelo Município para instalar ESF já existente ou para nova ESF a ser implantada;

b) se menor que 50% (cinquenta por cento), a UBS a ser financiada/construída somente poderá ser utilizada pelo Município para instalar nova ESF a ser implantada.

§ 1º No Componente III, poderão ser financiadas UBS de Porte I ou II, conforme definido no artigo 2º desta Portaria.

§ 2º O Ministério da Saúde poderá autorizar o financiamento para construção de UBS com área física maior que a estabelecida para a UBS de Porte II, devendo o Município, neste caso:

a) justificar a necessidade da construção de unidade maior do que a prevista;

b) informar a área física que pretende construir (área em m² e ambientes previstos), devendo manter a proporcionalidade área física/ambientes previstos para a UBS de Porte II; e

c) assumir compromisso de instalar nesta UBS, quantitativo de ESF proporcional à área a ser construída, de acordo com os parâmetros de equipe x área estabelecidos para a UBS de Porte II.

§ 3º Na situação prevista no parágrafo anterior, o valor do financiamento será calculado com base no valor previsto por m² de edificação da UBS de Porte II, mantendo-se, assim, a proporcionalidade do financiamento.

Art. 8º Determinar que, para pleitear a habilitação ao financiamento previsto no Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde, o Município interessado ou o Distrito Federal, além de atender aos critérios de habilitação estabelecidos nesta Portaria para seu respectivo Componente, deve cadastrar sua proposta no "Sistema UBS" do sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde <http://www.fns.saude.gov.br>, onde deve constar:

I - localização da UBS a ser construída;

II - número de ESF a serem implantadas nesta UBS (existentes ou novas);

III - número de novas ESF a serem implantadas nesta UBS (informação obrigatória para Municípios do Componente III com cobertura menor que 50%);

IV - comunidades a serem beneficiadas e número de habitantes a serem assistidos nesta UBS;

V - justificativa técnica demonstrando a relevância da ação;

VI - resolução da CIB que aprova a proposta;

VII - termo de compromisso em que o Município se responsabilize por equipar a UBS minimamente dentro do padrão constante no Manual de Estrutura Física das UBS do Ministério da Saúde disponível no sítio eletrônico www.saude.gov.br/dab;

VIII - termo de compromisso em que o Município se responsabilize pela expansão da Estratégia de Saúde da Família na proporção do número de equipes a serem alocadas na nova UBS (somente para Municípios do Componente III com cobertura menor de 50%); e

IX - justificativas e informações requeridas no parágrafo 2º do artigo 7º desta Portaria (somente para Municípios do Componente III que pleitearem UBS com área maior que a definida para a de Porte II).

Art. 9º Definir que o Ministério da Saúde, após análise e aprovação da proposta de que trata o artigo supra, publicará Portaria específica habilitando o Município ou o Distrito Federal ao recebimento do financiamento previsto no Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde.

Art. 10. Estabelecer que, uma vez publicada a Portaria de habilitação de que trata o artigo supra, o repasse dos recursos financeiros para investimento de que trata esta Portaria deverá ser realizado pelo Fundo Nacional de Saúde - FNS ao Fundo Municipal de Saúde ou Fundo de Saúde do Distrito federal, de forma regular e automática, na forma abaixo definida:

I - primeira parcela, equivalente a 10% do valor total aprovado, após a publicação da portaria específica de habilitação;

II - segunda parcela, equivalente a 65% do valor total aprovado: mediante apresentação da respectiva ordem de início do serviço, assinada por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia - CREA, ratificada pelo gestor local e pela Comissão Intergestores Bipartite - CIB, e autorizada pela Secretaria de Atenção à Saúde; e

III - terceira parcela, equivalente a 25% do valor total aprovado: após a conclusão da edificação da unidade, e a apresentação do respectivo atestado, assinado por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia,

Arquitetura e Agronomia - CREA, ratificado pelo gestor local e pela CIB, e autorizado pela Secretaria de Atenção à Saúde.

Parágrafo único. Em caso da não-aplicação dos recursos ou do descumprimento, por parte do Município, das metas propostas e dos compromissos assumidos, os respectivos recursos deverão ser devolvidos ao FNS, acrescidos da correção prevista em lei, cuja determinação decorrerá das fiscalizações promovidas pelos órgãos de controle interno, compreendendo os componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS -SNA, em cada nível de gestão, e a Controladoria Geral da União - CGU.

Art. 11. Definir que os recursos orçamentários de que trata esta Portaria façam parte do Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde e que corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.1214.8581 - Ação: Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde.

Art. 12. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO