

PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Lais Helena Domingues Ramos e
Anderson da Silva Rosa

SUMÁRIO

Apresentação	28
Introdução	28
Redes de Atenção à Saúde	29
Alguns aspectos políticos da gestão de serviços públicos de saúde	30
Algumas características importantes da gestão	32
Gestão de pessoas.....	33
Gestão dos processos de trabalho	35
Gestão da informação	36
Gerentes de Unidade Básica de Saúde	38
Referências	40

▶ PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

APRESENTAÇÃO

Para analisar ou descrever serviços de saúde no Brasil deve-se ter em mente que, quando se aborda qualquer dos seus níveis de competência, entende-se no âmbito de suas ações as bases filosófica, doutrinária e operacional definidas nas Leis nº 8.080 e 8.142 de 1990.

Neste texto buscamos introduzir algumas reflexões sobre ações de gerenciamento de natureza técnico-assistencial que se operacionalizam no terreno da Atenção Primária e materializam os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), pilares da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Utilizamos como subsídios, além do referencial teórico, nossa experiência atuando como enfermeiro, gestor de serviços de saúde pública e professores de saúde coletiva da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Cientes da heterogeneidade e dinamismo do cenário da saúde pública brasileira, não temos a pretensão de construir um texto prescritivo para a gestão de serviços públicos. Almejamos apenas apresentar alguns elementos que podem influenciar no planejamento, organização, coordenação, construção dos processos de trabalho e execução dos serviços oferecidos à população na Atenção Básica.

INTRODUÇÃO

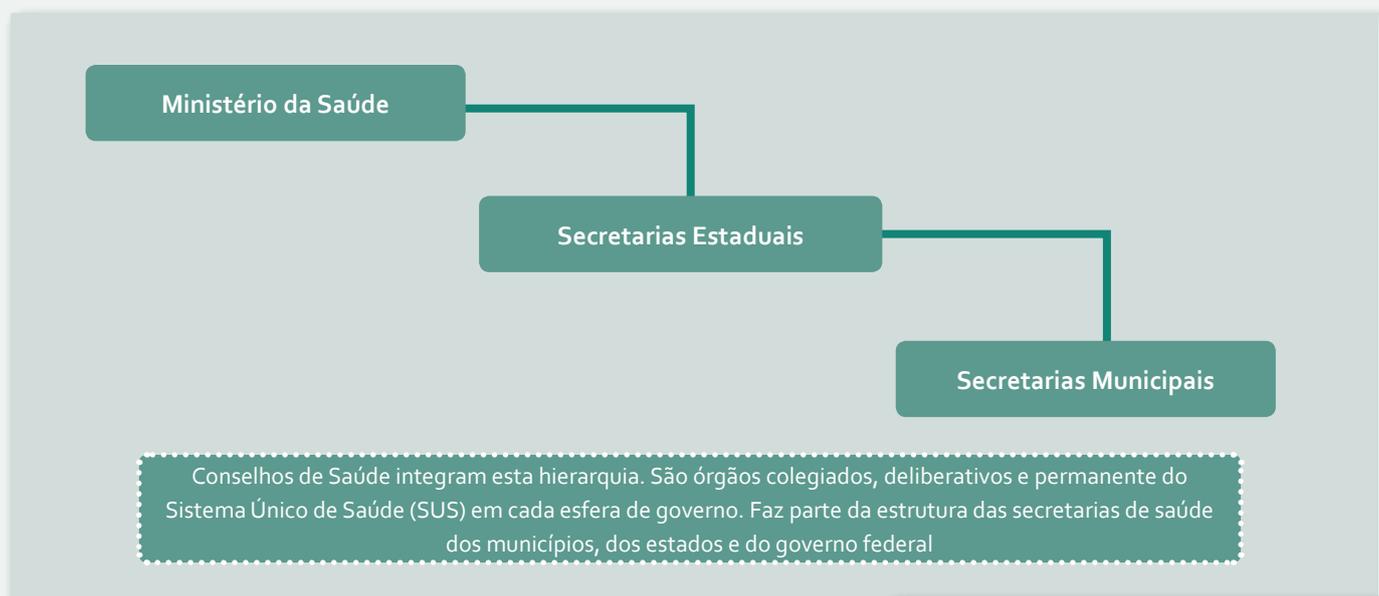
No Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária reuniu pensadores da área da saúde, trabalhadores e movimentos populares em prol da luta por mudanças do modelo assistencial e das políticas públicas de saúde. Tinha-se o ideal de construir um novo paradigma de saúde inspirados em modelos e propostas internacionais, dentre elas a carta de Alma Ata de 1978. Na ocasião, as estratégias de assistência à saúde do país não respondiam às principais demandas da população, e nossos indicadores epidemiológicos eram bem piores que os atuais.



Saiba mais...

Para conhecer um pouco mais sobre a carta de Alma Ata de 1978, assista ao vídeo disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=EqoarxXfOiA>>

Com a criação do SUS, o Ministério da Saúde (MS) passa a lançar portarias, normas operacionais básicas, documentos norteadores de programas, entre outras recomendações. O conjunto de esforços para implantação do SUS se deu de maneira heterogênea no território nacional, mas em linhas gerais possui o seguinte fluxograma hierárquico:



_Fig. 1 – Fluxograma hierárquico do SUS

A atual Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) prevê como estratégia prioritária de Atenção Primária, a Saúde da Família, considerando os demais arranjos de atenção básica como modelos de transição (BRASIL, 2017).

As equipes que compõem o modelo assistencial Saúde da Família, são compostas por agente comunitário de saúde (ACS), enfermeiro, médico, cirurgião dentista, técnico de enfermagem, técnico e auxiliar em saúde bucal, apoio administrativo e gerente, atualmente com atribuições mínimas apontadas pela nova PNAB 2017.

Também, com vistas no aumento da resolutividade da APS, desde 2008 os Núcleo de Apoio à Saúde da Família, contribuem por meio de ações multiprofissionais como atendimento compartilhado, matriciamento, projetos terapêuticos e retaguarda especializada, com às Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2017)

Cada profissional possui atribuições específicas, porém o diferencial das ações de saúde prestadas estará na competência do trabalho em equipe e responsabilização essência da APS.

A exemplo de tais singularidades, apresentamos ao longo do texto, modelos de gestão da APS onde alguns municípios, como São Paulo, acrescentaram outras estruturas para a gestão pública da saúde redimensionando seus territórios em zonas administrativas ou de saúde, intituladas Coordenadorias, Supervisões ou Distritos de Saúde. Ainda, modelos gerenciados em parcerias com Organizações Sociais de Saúde filantrópicas ou não, por meio de Contratos de Gestão.

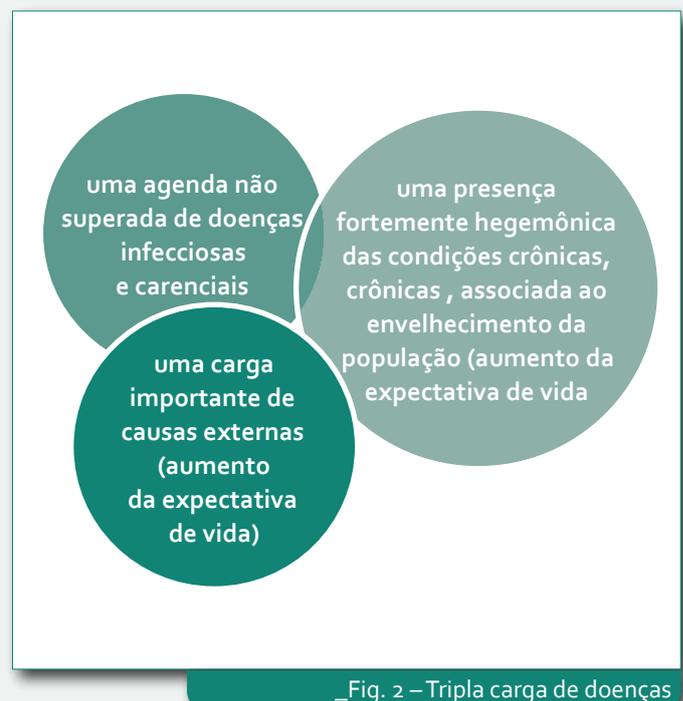
Esse modelo de gestão dá contornos a Atenção Primária à Saúde que vem produzindo estratégias para operacionalização de seus princípios considerando: **gestão do acesso** –proporcionalidade da agenda de acordo com o estudo das demandas de saúde e vulnerabilidade/risco do território e perfil de atendimento; **gestão do cuidado**, por meio da estratificação de risco, diagnóstico de fragilidades de grupos populacionais ou ciclo de vida, organização das ações no território e visita domiciliar, estratégias para qualificação da fila de espera das especialidades apor meio do estudo dos CIDs sensíveis a APS, estratégia para acompanhamento dos egressos, estudo do absenteísmo com proposta de busca ativa de faltosos (prioridades), coordenação do cuidado por linha guia- pré-natal, puericultura, tuberculose, hanseníase, portadores de condições crônicas (caso o município possua), entre outros arranjos para organização do cuidado a depender dos recursos e estratégias locais.



REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

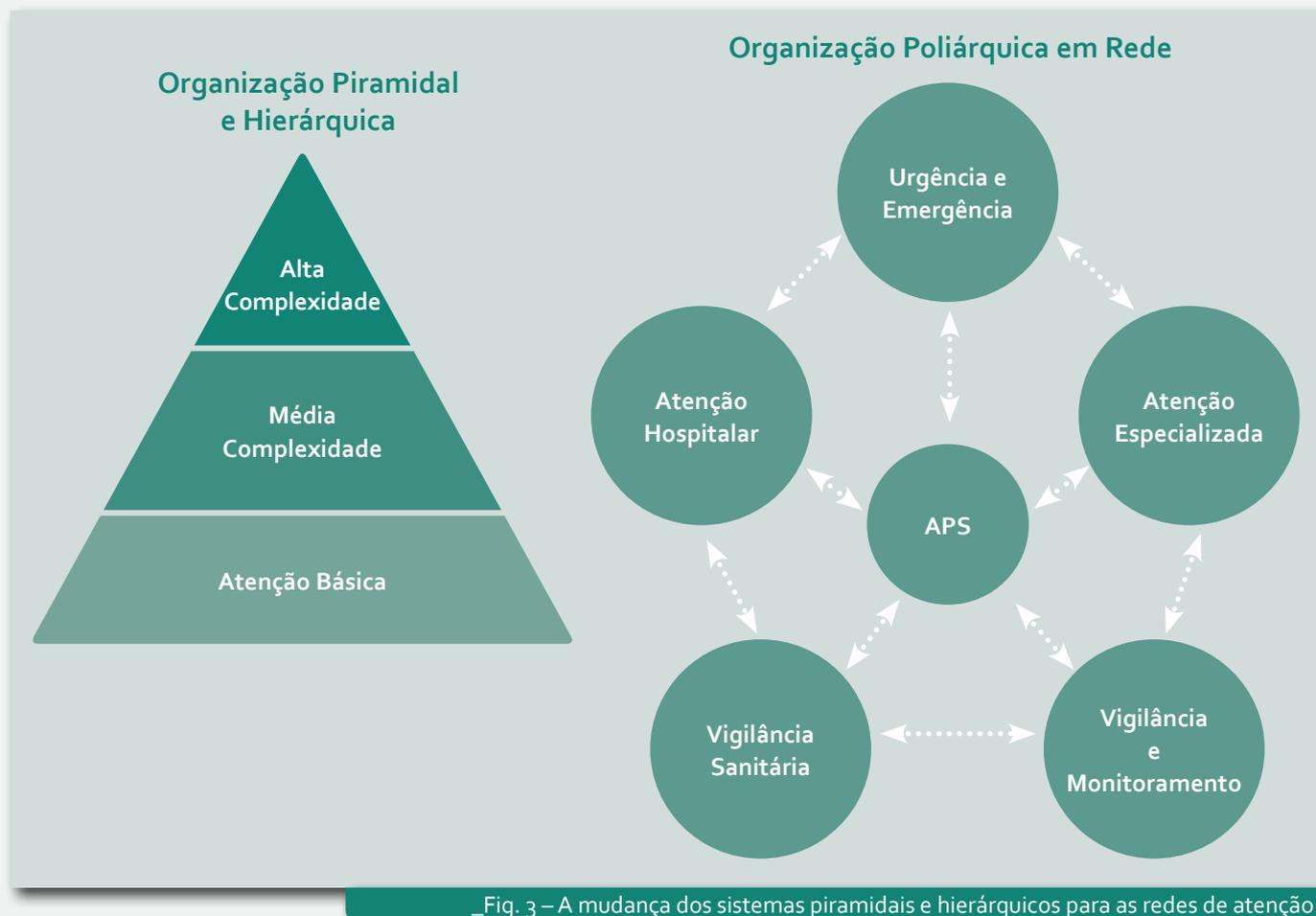
É imperativo que os modelos de atenção à saúde, bem como suas redes de atenção, estejam organizados, articulados e conectados entre si para suprir as atuais necessidades de saúde dos brasileiros. Vivemos atualmente uma realidade fortemente influenciada pela transição demográfica e epidemiológica que se expressa por uma tripla carga de doenças, como pode ser observado na **Figura 2**. Nesse contexto, esperamos que a Atenção Primária à Saúde:

- Garanta o acesso;
- Seja eficiente e eficaz para atender de forma resolutiva a maior parte dos problemas de saúde da população;
- Coordene o cuidado exercendo um papel de governança na RAS pressupondo a integralidade dos serviços e ações;
- Se responsabilize pela vigilância em saúde do território e população adscrita



Tais atribuições são complexas e seu sucesso depende de investimentos em infraestrutura e mão de obra, profissionais qualificados e gestão eficiente dos processos de trabalho e dos serviços que compõem a rede.

Segundo Mendes (2011), as redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população. Deseja-se que a assistência seja prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade.



_Fig. 3 – A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção

A organização dos serviços de saúde a partir das redes implica em valorizarmos ainda mais o compartilhamento da assistência entre profissionais, equipes e serviços. Exige entendermos a gestão para além de ações burocráticas, como sendo o processo de tomada de decisões que viabilizem os preceitos do SUS na prática. Destacamos que os preceitos iniciais que fundamentaram a Atenção Primária a Saúde não estão sendo abandonados, ao contrário, precisam ser efetivados na íntegra. Sobre o tema, Starfield (2004) destaca:

A atenção primária se diferencia dos outros níveis assistenciais por quatro atributos característicos: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Destes quatro atributos, a longitudinalidade tem relevância por compreender o vínculo do usuário com a unidade e/ou com o profissional. A população deve reconhecer a Unidade como fonte regular e habitual de atenção à saúde, tanto para as antigas quanto para as novas necessidades. Já o profissional deve conhecer e se responsabilizar pelo atendimento destes indivíduos. A longitudinalidade está fortemente relacionada à boa comunicação que tende a favorecer o acompanhamento do paciente, a continuidade e efetividade do tratamento, contribuindo também para a implementação de ações de promoção e de prevenção de agravos de alta prevalência (STARFIELD, 2004).

ALGUNS ASPECTOS POLÍTICOS DA GESTÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

A gestão em saúde é quase tão antiga quanto a Saúde Pública. Surge na tentativa de compatibilizar conhecimentos sobre administração pública com procedimentos sanitários considerados eficazes no controle às epidemias. A saúde pública nasceu interdisciplinar quando esta expressão sequer existia (PAIM; TEIXEIRA, 2006).

Paim e Teixeira (2006) apontam uma multiplicidade de definições que de alguma forma configuram os contornos do que chamamos de gestão em saúde. Em seu estudo de revisão, o subtema **gestão** contemplou trabalhos científicos referentes à **criação e utilização de meios que possibilitem concretizar os princípios de organização da política**. Os estudos encontrados tratavam de gestão de serviços e sistemas de saúde, gestão de qualidade, gestão estratégica, gestão de recursos humanos, gestão orçamentária e financeira (PAIM; TEIXEIRA, 2006).

Com o avanço do processo de municipalização do SUS, a gestão dos serviços de saúde pública está cada vez mais em consonância com o plano de governo municipal. Em muitas situações, o Município opta por incorporar programas e estratégias idealizadas no nível federal, havendo incentivos financeiros específicos para áreas prioritárias. Quanto à participação do governo estadual há grandes disparidades em todo país, mas ela é de fundamental importância para ordenar redes de assistência, sobretudo em municípios menores, sem recursos e com pouca capacidade de oferecer assistência integral aos cidadãos. Em suma, a gestão dos serviços de saúde acompanha movimentos macropolíticos de diferentes instâncias, que em maior ou menor grau gera impactos diretos nos diferentes processos de trabalho que realizamos.

Também foi assegurado por lei o controle social no SUS. Os Conselhos de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, são órgãos colegiados, compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, que atuam na formulação de estratégias e no controle social da execução da política de saúde nas instâncias correspondentes, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, Lei 8.142 de 1990).

Essa característica deliberativa diferencia os Conselhos de Saúde dos demais conselhos de outros segmentos sociais, bem como de instâncias de participação em saúde de diversos países, com natureza apenas consultiva (JUNIOR; GERSCHMAN, 2013). A existência de formas colegiadas decisórias para a formulação e controle da implementação de políticas de saúde apresenta significado de passagem da forma de democracia representativa para democracia participativa, direta, possibilidade esta prevista nos ditames constitucionais (FORTES, 2006).

Mesmo que regulamentado legalmente, muitos conselhos gestores locais são frágeis ou sequer foram implantados. Carecem de maior participação dos usuários e trabalhadores, que, por sua vez, precisam traçar estratégias para que não sejam manipulados pelo segmento gestor. É um espaço de disputa, mas também de construção coletiva e decisório. Cabe a nós, profissionais de saúde e gestores, o exercício do trabalho participativo, no qual o bem comum se sobressaia em meio aos interesses individuais, de determinado segmento e dos políticos governamentais.

Os gestores (federais, estaduais e municipais) do SUS cumprem um papel decisivo na conformação das práticas de saúde por meio das políticas, dos mecanismos de financiamento etc., mas não governam sozinhos. Apesar de haver uma direção - os gestores - a quem formalmente cabe governar, na verdade todos governam - os trabalhadores e os usuários (FEUERWERKER, 2005, p.501).



Saiba mais...

Leia a **Unidade de Participação Social** escrito pela Prof Ana Bretas, disponível no link <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/5/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf>

Com relação à mudança do modelo de assistência proposta pelo SUS, as evidências atuais apontam para uma discreta superioridade da Estratégia Saúde da Família em relação às atividades de unidades tradicionais. Os avanços estão em consonância com o referencial normativo que prevê a territorialização, maior vínculo, envolvimento comunitário e acompanhamento de prioridades programáticas, entre outros. No entanto, o acesso permanece como um grande nó crítico, com dificuldades na estrutura física, na capacitação e dimensionamento das equipes, fragilidades da gestão e na organização da rede de serviços. As evidências apontam ainda que problemas relacionados ao acesso dos usuários comprometem sobremaneira os avanços no plano da integralidade (CONILL, 2008).

Rodrigues (2014) ainda assinala três grandes desafios para a consolidação do SUS:

1. Sua frágil sustentação entre os trabalhadores;
2. A competição com o setor privado; e
3. A fragmentação de sua gestão devido ao processo de municipalização.

Em suma, a gestão envolve escolhas, arbitragens, hierarquização de atos e objetivos, além de envolver valores e leis que orientam a tomada de decisões pelos trabalhadores no cotidiano. Tendo como cenário os serviços públicos de saúde, nosso grande desafio é considerar o conjunto de demandas e necessidade, numa ética que contemple os

interesses da coletividade, as necessidades de usuários e dos diversos grupos de trabalhadores da saúde (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

ALGUMAS CARACTERÍSTICAS IMPORTANTES DA GESTÃO

Uma vez que entendemos que a gestão dos Serviços Públicos de saúde na Atenção Básica está ancorada nos princípios e diretrizes dos SUS, e que sofre influências macropolíticas, evoluiremos para discutir questões mais práticas. Pautados na nossa experiência, ousamos destacar três características estruturantes desse tipo de gestão:

- Foco nas pessoas/usuários;
- Sensibilidade; e
- Dinamismo.

Pode parecer redundância, mas devemos constantemente lembrar de que o nosso trabalho deve estar focado na produção de serviços de saúde com qualidade às pessoas. Sendo que **serviços**, neste contexto, tem uma característica imaterial e relacional, se aproximando do que Merhy (1994) chama de tecnologia leve. **O foco do nosso trabalho deve estar ajustado para as pessoas e coletividades** que cuidamos, suas necessidades, sofrimentos, seus desejos e projetos de vida.

A **sensibilidade** é fundamental para fazermos uma boa leitura das necessidades e problemas a serem enfrentados com o nosso trabalho. O ponto de partida pode ser a avaliação das potencialidades e dificuldades da nossa equipe de trabalho e serviço. Não conseguiremos atingir objetivos que estejam além da nossa capacidade. No entanto, não podemos nos conformar com as limitações, mas sim trabalhar para diminuí-las. Posteriormente, devemos estar atentos às necessidades das pessoas e comunidade que assistimos. Não considerar as especificidades individuais, sociais e culturais pode nos levar a promover ações em saúde que não fazem sentido para as pessoas e coletividades, e que conseqüentemente não produzirão os resultados que esperamos.

E por último, o **dinamismo** serve para nos tirar da “zona de conforto”. Tudo à nossa volta está mudando constantemente e isso quer dizer que reproduzir por anos uma mesma ação provavelmente é um grande equívoco. Nosso trabalho deve ser dinâmico o suficiente para se adequar:

- Às necessidades das pessoas e territórios que assistimos;
- Às mudanças das redes de atenção;
- Às novas tecnologias em saúde;
- Às mudanças de estratégias dos diferentes níveis de gestão em saúde; e
- Às eventualidades, como uma epidemia, desastres ambientais, entre outros.

No entanto, ainda observamos em muitos serviços públicos de saúde estruturas de gestão rígidas, que definem hierarquias verticalizadas, processos decisórios centralizados com pouca ou nenhuma possibilidade para os trabalhadores participarem do processo de tomada de decisão. Como consequência, vemos demasiada burocratização do trabalho, profissionais desmotivados e serviços que funcionam em descompasso com as necessidades da população e território adstrito.





Como se dá a acoplagem dos princípios gerenciais e os princípios do SUS?

A experiência vem nos mostrando que, muitas vezes, os profissionais de saúde das UBS/ESF nem sempre associam a execução das atividades próprias de saúde com os princípios (nem gerenciais e muito menos estes com os do SUS).



Será importante essa percepção?

Pensamos que sim. Tendo em vista as características dos atributos da longitudinalidade anteriormente citados ...

... as intervenções dos profissionais da equipe da atenção básica se constituirão em pontos-chave para assegurar o atendimento do usuário desde o momento da entrada e pelo tempo que perdurar seu vínculo na UBS.



Destaque

A seguir deixamos algumas definições de autores sobre administração desde o século XX, quando nasceu a administração científica, somente para relembrar a base do processo de trabalho e discutir uma ferramenta facilitadora.

- “O gerenciamento consiste em executar todas as atividades próprias de uma organização empresarial ou não, como meios para alcançar a eficiência e a eficácia e com isto obter a satisfação dos objetivos individuais e organizacionais.” (Chiavenato, 1999).
- “O gerenciamento de serviços em nível local – UBS/ESF – se dá por meio de pessoas de várias categorias profissionais, tendo como princípio a interdisciplinaridade e a coordenação das ações de saúde de natureza, assistenciais, clínicas, educativas e gerenciais, atendendo aos indicadores epidemiológicos e sociais da comunidade.” (Reflexão a partir da prática).
- “Ainda, gerenciamento de serviços de saúde diz respeito a uma unidade social deliberadamente construída para atingir determinados objetivos. Resulta em uma combinação de pessoas, recursos, utilização de tecnologias leves, que conduzam aos objetivos traçados.” (Junqueira, 1990).

GESTÃO DE PESSOAS

O funcionamento da Atenção Primária e as atribuições de todos os profissionais que podem compor a equipe foram redefinidos pela nova **Portaria n° 2.436, de 21 de setembro de 2017, que estabelece a revisão de**

diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do SUS, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Primária, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2017).

Recomendamos que esse documento seja de conhecimento da equipe e que norteie a estrutura do processo de trabalho dos profissionais e serviços.

Contudo, o processo de ampliação dos Serviços que compõem a Atenção Primária à Saúde no SUS tem ocorrido nos últimos anos por intermédio de grandes mudanças nas formas de contratação e vínculo dos profissionais.

Diferentes modalidades de parcerias entre o Poder Público, instituições privadas e organizações sociais têm sido realizadas com muitas possibilidades de distorções. Em um município, e até mesmo em um único serviço, podemos observar trabalhadores contratados diretamente pelo Estado, podendo ser servidor estatutário, servidor celetista ou temporário; ou de forma indireta, por meio de Organizações Sociais, Organizações Civas de Interesse Público, Instituições Filantrópicas ou Privadas (BRASIL, 2007).

Nesse cenário, há grandes diferenças salariais e de benefícios para a mesma categoria profissional, e níveis de exigência e qualidade nos serviços muito desiguais. Sem a possibilidade de tratar esse assunto com a profundidade e complexidade devida, nos ateremos ao fato desse cenário ter aumentado às dificuldades na gestão dos recursos humanos, e gerado insatisfação, sofrimento e desmotivação para muitos trabalhadores.

As principais dificuldades de gestão do trabalho coletivo em saúde dizem respeito: à relação entre sujeitos individuais e coletivos; à história das profissões de saúde e o seu exercício no cenário do trabalho coletivo institucionalizado; e à complexidade do jogo político e econômico que delimita o cenário das situações de trabalho (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009, p. 725).

Não conseguiremos apresentar soluções pontuais e objetivas sobre a gestão de pessoas, mas sugerimos que você faça alguns questionamentos no seu cotidiano de trabalho:



Destaque

- Quais as modalidades de contratação?
- Quais as facilidades e dificuldades relacionadas com cada tipo de contratação?
- Há diferenças salariais e de benefícios para uma mesma categoria profissional?
- As cobranças e qualidade do serviço são diferentes de acordo com o tipo de contratação?
- O ambiente de trabalho é saudável?
- Os trabalhadores sentem-se motivados?
- O trabalho em equipe acontece na prática?
- Os profissionais têm consciência de suas atribuições para com o SUS e usuários do Serviço?
- Os trabalhadores têm os conhecimentos e habilidades necessárias para exercerem suas práticas com qualidade?
- Os trabalhadores estão comprometidos com as necessidades das pessoas e coletividades do território?

Tendo por princípio a gestão mais horizontal possível, as respostas a essas questões necessitam de reflexão e ação conjunta. Um bom ambiente de trabalho é uma construção coletiva. Para além das questões que extrapolam a governabilidade local, podemos valorizar as pessoas e seu trabalho, manter o máximo possível de autonomia para cada profissional, nos unir para criar soluções às dificuldades que envolvem nosso trabalho, compartilhar experiências e aprender juntos. Felizmente, bons sentimentos e disposição também podem ser contagiantes.

Entendemos as dificuldades de se abordar as relações profissionais no Serviço frente a tantas outras demandas que congestionam nosso dia a dia. Mas não enxergar e valorizar essa dimensão do trabalho nos mantém em um indesejável ciclo vicioso: profissionais cada vez mais desmotivados e adoecidos, incapazes de oferecer assistência de qualidade às pessoas e coletividades do território, que irão exigir do serviço e profissionais o direito à assistência com qualidade, aumentando a pressão sobre os profissionais que não se sentem amparados no Serviço.

GESTÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO

Os serviços públicos que compõem a Atenção Básica têm incorporado muitas responsabilidades com o passar do tempo. Em uma rápida exemplificação: temos que executar políticas abrangentes de estado ou de governo, como Política Nacional de Humanização, Política Nacional de Atenção Básica, Política Nacional de Imunização, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, Política Nacional de Imunização, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, entre outras.

Nas Redes de Atenção à Saúde, além de oferecer um extenso repertório de ações, ficamos com a responsabilidade de acompanhar e coordenar o percurso terapêutico dos usuários nos demais níveis de complexidade. Temos ainda uma lista de ações programáticas e vigilância em saúde, visando o atendimento de grupos específicos na perspectiva de promoção, prevenção e recuperação da saúde desses grupos.

Todas essas responsabilidades trazem consigo uma lista de procedimentos, diretrizes clínicas e assistências, protocolos e sistemas de informações que fornecem meios e estrutura para a organização do trabalho em saúde.

Individualmente, cada ação proposta no âmbito dos serviços deve possuir coerência, objetivos relevantes e exequibilidade, contudo, a sobreposição de todas essas atribuições e responsabilidades, leva ao risco da fragmentação do cuidado, desmotivação das equipes, estabelecimentos de metas difíceis ou impossíveis de serem atingidas, impossibilitando a ressignificação do trabalho, tencionando os profissionais e seus campos de atuação que, na tentativa de alcançar os objetivos esperados, ficam reféns da própria agenda e metas de produção. Passamos por um momento paradoxal na Atenção Primária: para cumprir o pacotes de ações idealizados em diferentes instâncias governamentais, nos distanciando das necessidades locais do território e da relação dialética na construção do cuidado.

Enquanto não atingirmos o equilíbrio entre o desejável e o possível, entre o trabalho prescrito e o real, devemos portanto, organizar os processos de trabalho para produzir ações com qualidade, com o que temos, de forma a atender às recomendações das políticas, estratégias e programas, e sobretudo, as necessidades locais de saúde. A esse respeito desta problemática, Peduzzi e Schraiber (2009, p. 323) definem o conceito de processo de trabalho em saúde como “dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia a dia da produção e consumo de serviços de saúde”.

Ainda que a discussão seja sobre processo de trabalho, retornamos para a dimensão relacional, sobretudo na Atenção Primária, em que quase tudo que produzimos depende da relação entre profissional e usuário/comunidade.

Quando iniciamos a avaliação de um serviço de saúde, centrado no processo de trabalho, devemos observar acima de tudo os elementos que dizem respeito às relações entre os trabalhadores, e destes com os usuários, à micropolítica da organização dos serviços. (Franco et al., 2011, p. 25)

A experiência na gestão de UBS mostrou-nos que a organização do processo de trabalho não funciona se for hierarquizado, centralizador e prescritivo. Os profissionais e usuários devem participar da criação dos fluxos internos, das escolhas por ações que precisam ser priorizadas e das estratégias de trabalho. Esse processo, se bem realizado, estará eternamente inacabado, pois envolve, conforme pode ser visualizado na **Figura 4**, avaliação, planejamento, ação e novamente avaliação.



_Fig. 4 – Processo de trabalho

Por ser uma construção coletiva, ela empodera e motiva a equipe, ao mesmo tempo em que compartilha as responsabilidades e auxilia no processo de formação permanente.

A competência do gerenciamento local de saúde possibilita boas práticas de liderança e agrega valor ao trabalho, aumentando o potencial da equipe. Segundo André e Ciampone (2007), conjuga esforços para utilizar recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos de modo a ampliar a resolutividade do serviço na área de abrangência, em conformidade com o modelo assistencial pautado na epidemiologia social.

Entendendo que a gestão do processo de trabalho é coletiva e que a Atenção Primária terá que desempenhar um grande número de ações preestabelecidas, um bom ponto de partida é tentar racionalizar a equação entre as demandas e capacidade do serviço. É importante tentarmos fugir da fragmentação do processo de trabalho, pois mesmo que cada profissional execute uma etapa da ação, a equipe precisa ter consciência da totalidade do processo. Dessa forma, além de executar aquilo que é próprio da categoria profissional, podemos agir como facilitadores do trabalho dos demais membros da equipe. O saldo esperado é maior sincronismo das ações e assistência de melhor qualidade para os usuários. Dito isso, reflita sobre sua atuação profissional.



Destaque

- O que acontece com o usuário antes e depois da minha interação com ele?
- Eu facilito ou dificulto o trabalho dos outros membros da equipe?
- Qual a minha participação nas diferentes ações que acontecem no Serviço?
- Qual a ação dos outros membros da equipe nessas mesmas ações?
- As atribuições de cada um estão claras para os trabalhadores e usuários do Serviço?
- Os fluxos de referências e contrarreferências estão claros para trabalhadores e usuários?
- Quais processos de trabalho podem ser simplificados ou reformulados visando melhores resultados?

Apesar de trabalhoso, sugerimos que se construa uma tabela com todas as ações realizadas no serviço com seus respectivos responsáveis ou profissionais habilitados para a execução. A materialização dessas informações pode nos auxiliar a corrigir eventuais distorções, como a sobrecarga de determinados profissionais, uma melhor distribuição das atividades, evitar a duplicação de uma mesma ação, além de utilizar melhor os recursos disponíveis no Serviço. O consolidado dessas informações, mesmo que sejam técnicas, contribuirá para que trabalhadores e usuários entendam melhor o funcionamento do Serviço.

GESTÃO DA INFORMAÇÃO

Temos escutado queixas recorrentes dos profissionais da Atenção Básica sobre o volume de dados que precisam ser produzidos. É frequente uma dissociação entre atividades assistenciais e administrativas, e essa situação é pior para algumas categorias profissionais, como os enfermeiros. Tal situação está diretamente relacionada à fragmentação do processo de trabalho que acabamos de apresentar, e pode ser agravada pela centralização das ações em poucos profissionais.

Uma parte das queixas provavelmente está relacionada ao fato de gerarmos muitos dados, mas que não se transformam em informação para direcionar o trabalho localmente. Dessa maneira, os dados perdem sentido. Ressaltamos que a finalidade da informação em saúde consiste em identificar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma população, propiciando elementos para análise da situação encontrada, e subsidiar o planejamento em saúde em diferentes níveis. No entanto, mesmo profissionais engajados no entendimento das informações em saúde do território questionam a autonomia que possuem para coordenar o próprio processo de trabalho em detrimento a todas as ações que são preestabelecidas em outras instâncias.

Em 1998, o Ministério da Saúde implantou um Sistema específico denominado Sistema de Informação da Atenção Básica, o SIAB sendo seu objetivo, acompanhar e avaliar as ações e os resultados das atividades realizadas pelas equipes de Estratégia Saúde da Família.

Em 2013 foi substituído pelo e-SUS que segundo o Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), mantém-se como estratégia para estruturar a integração dos sistemas de informação, contribuindo tanto para apoiar os profissionais dos serviços como os gestores da saúde. Ainda como ganho, proporcionará maior conectividade para todas as Unidades Básicas de Saúde que aderirem ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

Resumidamente o e-SUS proporcionará:



_Fig. 5

Fundamentos do processo de implantação:

- Portaria 1412 de Julho de 2013 - Instituído o SISAB (Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica), em caráter de substituição ao SIAB;
- Portaria 1.113 de julho de 2015 – a partir da competência de janeiro de 2016, as informações de saúde deverão ser enviadas obrigatoriamente para a base de dados do SISAB;
- Resolução CIT nº 7 (24/11/2016) do Ministério da Saúde, define o Prontuário Eletrônico como modelo de informação para registro das ações de saúde na atenção básica.



Saiba mais...

Para aprofundar seus conhecimentos acesse <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>

Porém, na prática, há muitas dificuldades na operacionalização dos módulos que o e_SUS apresenta, inclusive, dos relatórios que podem ser emitidos para organização dos planos de ação das equipes e avaliação de resultados locais. Ainda vivemos dificuldades de acesso, entendimento e uso dessas informações pelos profissionais que, por sua vez, criam com frequência sistemas de informação paralelos em amontoados de folhas, cadernos e planilhas. Não é raro encontrarmos em um único Serviço várias estratégias diferentes criadas pelas equipes para gerar informações, até mesmo porque questionam a veracidade dos dados que o próprio serviço produz nos diferentes sistemas de informação. Em suma, deixa-se de trabalhar para melhorar a qualidade das informações oficiais, mas investe-se muito tempo nessas estratégias paralelas.

Nossa experiência prática corrobora com os achados de Silveira et al. (2010) que, com relação à produção de informações, destacam a escassa utilização dos sistemas oficiais de informação na avaliação e monitoramento da Atenção Primária à saúde. Além disso, as estratégias tanto de produção quanto de divulgação e comunicação parecem improvisadas e ainda inadequadas para alcançar os trabalhadores de saúde e a população.

Na mesma direção, o estudo de Thaines et al. (2009) aponta que, apesar de sua importância para a saúde, os sistemas de informação ainda apresentam pontos de estrangulamentos na sua forma de organização e prática, o que compromete a confiabilidade dos dados aí produzidos, visto não representarem a realidade da situação de saúde da população. Os autores salientam que os sistemas de informação foram criados com o intuito de acompanhar a produção de dados para assegurar avaliações da situação de saúde de toda a população e, assim, servirem como base para o planejamento do nível local como um instrumento para as práticas de atenção e de gestão. Porém, isso não ocorre na realidade. Os dados produzidos nas UBS são pouco trabalhados e pouco utilizados como ferramentas de melhoria e planejamento da assistência à saúde da população.

Por fim, salientamos a importância dos sistemas de informação para nos auxiliar no processo de avaliação das ações que produzimos. A avaliação transcende a sensibilidade dos dados, possui dimensões relacionais e envolve a satisfação dos usuários. Mas, sobretudo na saúde coletiva, ela deve estar fortemente ancorada na avaliação dos indicadores epi-

demiológicos do território. Devemos conduzir o planejamento e gestão nos serviços de saúde apoiados em um bom processo contínuo de avaliação. Em consonância com essa visão, o Ministério da Saúde tem investido no Programa de Acesso e Melhoria da Qualidade (PMAQ). Dentre os acertos do PMAQ, destacamos a construção de indicadores que auxiliam na avaliação e no processo de tomada de decisão, tanto no nível local com as equipes e serviços, quanto nos municípios, estados e federação.



Saiba mais...

Recomendamos que aprofunde seus conhecimentos sobre o PMAQ. <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php>

GERENTES DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Durante esse capítulo, defendemos a gestão o mais horizontal e participativa possível, ou seja, não é privativa de nenhuma categoria profissional e deve envolver inclusive os usuários que atendemos. Também nos preocupamos em apresentar a complexidade crescente dos serviços de saúde na Atenção Primária, e mostrar que não há modelos de gestão prontos que se adequem às heterogeneidades de cada Serviço, território e equipe de trabalho. Em suma, a gestão estará em constante construção.

Nesse cenário, espera-se do gerente competência para liderar o processo de gestão. Enquanto líder, deve saber trabalhar com sua equipe de maneira a desenvolver os conhecimentos e habilidades do grupo, buscando sinergia e aprimoramento contínuo. Também é desejável que o gerente seja um bom negociador, uma vez que parte do seu trabalho é intermediar os interesses e possíveis conflitos entre a comunidade, usuários, trabalhadores, gestão pública, organizações sociais e afins.

Penna *et al.* (2004) apontam para o gerente a necessidade de se ter envolvimento não só com o trabalho técnico-administrativo na unidade, mas, também, com os aspectos políticos que envolvem contato e interação com a comunidade, o que faz com que se busque uma efetiva participação popular em sua conduta. Os autores relatam, ainda, a importância de uma articulação intersetorial para atender às demandas visando à resolutividade dos problemas apresentados e à importância do trabalho em equipe.

Quase sempre cabe ao gerente promover os espaços para o processo de planejamento e tomada de decisão do serviço. Isso significa que, paralelo às atividades assistenciais, grupos educativos e visitas domiciliares, há de se criar possibilidades coletivas sempre que possível, para estudo dos indicadores epidemiológicos, necessidades da população, planejamento das ações e avaliação. Grande esforço faz-se necessário para não permitir que a demanda do dia conduza o processo de trabalho. “Apagar incêndio” não pode ser a lógica do trabalho cotidiano.

André e Ciampone (2007, p.836) destacam outras dificuldades inerentes ao papel dos gestores de UBS no município de São Paulo:

(...) é importante ressaltar que no nível local eles são reféns de regulamentações que restringem severamente, no plano formal, sua autonomia. Dentre outras limitações, não contam com orçamento próprio para gerir recursos humanos, contratar, descontratar, realizar negociações salariais ou instalar mecanismos de incentivo ou sanção condicionados à produção de metas quanti ou qualitativas. Os servidores concursados não podem ser demitidos e, para que ocorra uma simples transferência, o gestor depende da anuência de instâncias de âmbito regional e central. (ANDRÉ; CIAMPONE, 2007, p.836)

A falta de formação em gestão é um agravante às responsabilidades e expectativas que se tem para com o gerente, e pode comprometer completamente seu trabalho. A formação dos profissionais da área da saúde é eminentemente técnico-assistencial. O ensino de gestão e ferramentas administrativas é muito desigual entre as profissões, e podem ser muito focalizadas para a área hospitalar.

A trajetória profissional é muito parecida para a maioria dos gerentes. Depois de acumular experiência na assistência o funcionário é selecionado ou convidado a assumir o cargo de gerente. Vê-se então obrigado a aprender no dia a dia, entre erros e acertos, as melhores formas de conduzir o seu trabalho. Profissionais em muitos municípios do país vivem situações piores, tendo que acumular a função assistencial com a gerência. Apesar da gerência já ser um cargo em muitas UBS, ainda precisa ser mais profissionalizada.

No entanto, a nova Portaria Nacional da Atenção Básica publicada em 2017 fortalece, legitima, descreve as atribuições e orienta a configuração do cargo de gerente na Atenção Básica.

Abaixo, alguns trechos da publicação:

“(…) A inclusão do Gerente nos serviços, com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adstrita, por meio de função técnico-gerencial.

(…) Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica, preferencialmente de nível superior, e dentre suas atribuições estão:

- a. Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica, de modo a orientar a organização do processo de trabalho na UBS;
- b. Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais;
- c. Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas;
- d. Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;
- e. Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos;
- f. Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;
- g. Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos;
- h. Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento;
- i. Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS;
- j. Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contra referência entre equipes que atuam na AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis;
- k. Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território;
- l. Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros;
- m. Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social;
- n. Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade; e
- o. Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências.

Para concluir, destacamos que o SUS tem conseguido superar obstáculos importantes em seu processo de implantação. Progressivamente, temos ampliando o número de serviços e profissionais na Atenção Básica em praticamente todos os municípios do país, mas ainda há muito espaço para ampliação da Estratégia Saúde da Família e melhorias na infraestrutura e redes de atenção à saúde. A descentralização do SUS é uma realidade, cabe agora valorizar o trabalho participativo e os mecanismos de controle social.

REFERÊNCIAS

- ANDRÉ, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, n. 41 (Especial), p. 835-840. 2007.
- BITTAR, T. O. *et al.* O Sistema de Informação da Atenção Básica como ferramenta da gestão em saúde, **Revista da Faculdade de Odontologia**, v. 14, n. 1, p. 77-81, jan/abr. 2009.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão do Trabalho na Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007. 116 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017.
- _____. **Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde-SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.
- _____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.
- _____. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Ferramentas para gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p., il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de Informação em Atenção Básica. **Indicadores 2002**. 5. ed. Brasília, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Competência para o trabalho em uma unidade básica de saúde sob a Estratégia de Saúde da Família**: médico e enfermeiro. Brasília, 2000.
- CHIAVENATTO, I. **Gestão de Pessoas, o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. Rio de Janeiro: Campus, 1999.
- CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 24, Sup. 1, p.7-27, 2008.
- FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – Saúde, Educação, Comunicação**, v.9, n.18, p.489-506, set/dez. 2005.
- FORTES, P. A. C. A ética do controle social na saúde e os Conselhos de Saúde. **Rev. Bioética**. [S.l.], n. 5(1), p. 72-76, 1997; 2006.
- FRANCO, C. M. *et al.* Gestão do processo de trabalho em saúde: In: PESSÔA, L. R. (Coord.). **Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde**. Rio de Janeiro: ENSP, 2011.
- GIOVANELLA, L. A. **Longitudinalidade na atenção primária**: avaliando os modelos assistências do SUS. [S.l.]: Departamento de Administração e Planejamento de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública, 2005.

- JUNIOR, J. P.; GERSCHMAN, S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n.1, jan. 2013
- JUNQUEIRA, L. A. P. Gerência dos Serviços de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, set. 1990.
- Manual Técnico de Normatização das rotinas e procedimentos de Enfermagem nas UBS. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde. CODEPPS-SP, 2006.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública**, [S.l.], n. 40 (especial), p. 73-78. 2006.
- PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV; FIOCRUZ; Ministério da Saúde, 2009. p. 320-328.
- PENNA, C. M. M. *et al.* O trabalho do gerente no cotidiano das unidades básicas de saúde. **REME (Rev. Min. Enf.)**, [S.l.], n.8(4), p. 455-463, out/dez. 2004.
- RODRIGUES, P. H. A. **Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde**: uma abordagem histórica. [S.l.], v. 21, n.12, p. 6373-6379, jan/mar. 2014.
- SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**, [S.l.], n. 43(4), p. 721-725. 2009.
- SILVEIRA, D. S. *et al.* Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 26(9), p. 1714-1726, set. 2010.
- STARFIELD, B. Qualidade dos serviços de atenção primária de saúde. In: STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde do Brasil, 2004.
- THAINES, G. H. L. S. *et al.* Produção, fluxo e análise de dados do sistema de informação em saúde: um caso exemplar. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, n. 18(3), p. 466-474, jul/set. 2009.