

VALDILENE GOMES OLIVEIRA MYRRHA

**COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DOS ENFERMEIROS DAS EQUIPES
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE VÁRZEA DA PALMA**

GOVERNADOR VALADARES - MINAS GERAIS

2010

VALDILENE GOMES OLIVEIRA MYRRHA

**COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DOS ENFERMEIROS DAS EQUIPES
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE VÁRZEA DA PALMA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador :Professor André Fernandes dos Santos

GOVERNADOR VALADARES -MINAS GERAIS

2010

VALDILENE GOMES OLIVEIRA MYRRHA

**COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DOS ENFERMEIROS DAS EQUIPES
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE VÁRZEA DA PALMA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Professor André Fernandes dos Santos

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - UFMG

Profa. Ms. Maria Dolores Soares Madureira - UFMG

Aprovada em Belo Horizonte ____/____/____

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por me dar o dom da vida, por todas as oportunidades de minha vida e por nunca me abandonar, dando-me força em todos os momentos.

Ao meu orientador André por todo apoio durante o processo de elaboração deste trabalho e por compartilhar seus conhecimentos, orientando sempre com carinho e dedicação.

A minha tutora Ayla, por compartilhar seus conhecimentos e nos transmiti-los da melhor maneira possível. E a todos os professores que de alguma maneira contribuíram para o meu aprendizado.

Aos colegas do curso, que me ajudaram nos momentos de dúvidas.

A minha família pelo apoio a todo o momento.

Ao meu marido, Leandro, pelo amor e carinho constante e principalmente pelo apoio incondicional, para realização do curso. Obrigada, por me entender e ajudar nos momentos difíceis.

Resumo

Este trabalho teve como objetivos analisar as competências gerenciais dos profissionais enfermeiros das equipes de Programa Saúde da Família (PSF) de Várzea da Palma; evidenciar as atribuições necessárias ao gerenciamento de uma equipe do PSF e identificar o perfil do profissional que gerencia as unidades básicas de saúde que possuem Equipes de Saúde da Família (ESF) no município de Várzea da Palma. Trata-se de um estudo descritivo exploratório e, como fontes de informações foram utilizados dados secundários do projeto intitulado **“O Trabalho em Equipe na Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Várzea da Palma- MG: Aspectos Facilitadores e Dificultadores do Trabalho em Equipe”**. Os dados foram coletados por meio da aplicação de questionário englobando todos os enfermeiros das equipes de saúde da família do município. A população em análise foi composta por 10 enfermeiros. Todos os enfermeiros eram do sexo feminino. Em relação ao vínculo trabalhista desses profissionais encontrou-se que 8 (80%) eram contratados. Em relação ao tempo de atuação na saúde pública verificou-se que cinco atuavam há mais 4 anos, dois de 3 a 4 anos e dois de 1 a 2 anos. Quanto ao grau de escolaridade sete tinham pós graduação. Quanto às tarefas realizadas todos os enfermeiros citaram realizar visitas domiciliares, consultas, atividades administrativas, grupos operativos, acolhimento, programação e planejamento e reuniões. Quanto ao curativo, vacina, diagnóstico situacional e avaliação da equipe, detectou-se que 9 (90%) enfermeiros afirmaram realizar essas atividades. Foi constatado no estudo de que a função gerencial na equipe é de responsabilidade do profissional enfermeiro pelo fato do mesmo sempre citar atividades gerenciais como sendo sua função. Ao analisar as competências gerenciais percebeu-se que 90% dos enfermeiros disseram realizar avaliação da equipe, 90% afirmaram utilizar o diagnóstico como instrumento de trabalho, quanto à programação e planejamento das atividades a serem realizadas 100% relataram utilizar esta ferramenta e quanto à existência de compartilhamento de informações também foi detectada ser utilizada por todos os gerentes. Em relação às competências gerenciais analisadas, observou-se que a avaliação, o diagnóstico, a comunicação e a programação e planejamento são desenvolvidas pela maioria das gerentes. Este estudo pode ser considerado um instrumento de reflexão quanto à necessidade de avaliações e mudanças na prática gerencial, visando colocar em prática os princípios do SUS de forma a obter à qualidade da assistência. Vem destacar também as vantagens do profissional enfermeiro como gerente nas Unidades de PSF, principalmente devido a sua formação ter um forte componente de saúde pública.

Palavras chaves: enfermeiro, gerência, Programa Saúde da Família.

Abstract

The aim of this study is to evaluate the **management competences of the nurses belonging to the Family Health Team of Várzea da Palma**; give evidence to the attributions necessary to the management of **Family Health Program Team** and identify the profile of the Professional that manages the units of the **Family Health Program Teams** in the city of Várzea da Palma. It is an evaluative research study and, as information reference, secondary data were used from project called **“The teamwork in the Family Health Program of Várzea da Palma - MG: performance and internal dynamics of work.”**. The information was collected through auto applicable questionnaire with 103 professionals themselves, including all the city's teams. The population analysed consisted of 10 nurses. All nurses were female. Regarding the relationship of nurses of the HSF (Health Family Program) of Várzea da Palma we found that 8 (80%) were hired. In relation to the time working in public health we found that five worked for over four years, two 3 to 4 years and two 1 to 2 years. As for schooling level we had seven post graduated. As for the tasks performed all nurses cited conducted home visits, consultations, administrative activities, operational groups, hosting, programming and planning and meetings. In relation to dressing, vaccine, situational diagnostic and team evaluation, it was found that 9 (90%) of the nurses said they carry out these activities. It was observed that the team management of responsibility of the professional nurse by the fact that they always quote management activities as its function, which did not occur among the other professionals. Analysing the management competences we could note that 90% of the nurses evaluated the team, 90% confirmed the use of the diagnostic as a work instrument. As to the schedule and planning of the activities to be performed 100% of the nurses reported to use this instrument and as to the existence of shared information it was noticed to be used by all managers. In relation to the management competences analysed in this study, we observed that the evaluation, the communication the schedule and planning are developed by the vast majority of managers. This study can be considered an instrument of reflection as to the necessity of evaluations and changes in the management practice, with the aim of putting in action the principles of SUS in order to obtain the assistance quality. It emphasizes also the advantages of the nurse as a manager of a Basic Health Unit of the Family Health Program, mainly due to their knowledge.

Key words: nurse, manager, Family Health Program.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO -----	08
2 REVISÃO DE LITERATURA -----	10
2.1 Breve histórico do Sistema de Saúde do Brasil-----	10
2.2 Os princípios e diretrizes do SUS -----	11
2.3 O Programa Saúde da Família-----	12
3.1 Objetivo geral -----	17
3.2 Objetivos específicos-----	17
4 METODOLOGIA -----	18
4.1 Local de estudo-----	18
4.2 Tipo de estudo -----	18
4.3 População de estudo-----	18
4.4 Coleta de Dados-----	19
4.5 Análise dos Dados -----	19
4.6 Resultados e discussão -----	19
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	24
REFERÊNCIAS-----	26
APÊNDICE	Erro! Indicador não definido.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, após muito tempo da adoção de um modelo curativo de assistência à saúde, centrado no modelo médico hospitalocêntrico caracterizado por ser excludente, desigual e por escassos recursos, nas décadas de 70 e 80 do século XX, passou-se a discutir sobre políticas de saúde voltadas para questões como extensão de cobertura dos serviços, reconhecimento do direito à saúde e responsabilidade da sociedade em garantir os cuidados básicos, resultando na implantação do Sistema Único de Saúde (POLIGNANO, 2001).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi implantado com base na Constituição Federal do Brasil de 1988, tendo como princípio fundamental a atenção à saúde enquanto direito de cidadania, com universalidade de acesso a todos os níveis do sistema. Com a crise econômica e fiscal ocorrida nos anos 90, buscaram-se alternativas que possibilitassem a superação dos limites dos modelos de saúde vigentes, o que levou à implementação de programas, de ações regulatórias e de novas modalidades de alocação de recursos com objetivo de aumentar os níveis de equidade e eficácia do SUS. Dentro dessa perspectiva, o Programa Saúde da Família (PSF) é implantado, em 1994, visando atender ao indivíduo e à família de forma integral e contínua, em seu ambiente físico e social, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1997).

Para o desenvolvimento destas ações é necessário profissionais que desenvolvem práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e em cooperação com populações de territórios delimitados (BRASIL, 2004).

A reorientação das funções gerenciais pode ser vista como uma das estratégias para a consolidação dos princípios do SUS e transformação das práticas de saúde, criando condições para o direcionamento do processo de trabalho, para o desenvolvimento de serviços, aplicação de recursos necessários, melhoria nas relações interpessoais, resolutividade e satisfação dos usuários (FERNANDES *et al.*, 2009).

De acordo com Melo e Nascimento (2003) a gerência possui um caráter articulador e integrativo, sendo a ação gerencial determinada e determinante no processo de organização de serviços de saúde e um instrumento para a efetivação das políticas. Pode-se dizer que a gerência não compreende uma ação simplesmente racional ou técnica e, sim, apresenta dimensões científicas, técnicas e artísticas.

Nos diversos serviços de saúde a gerência em enfermagem tem assumido fundamental importância na articulação entre os vários profissionais da equipe, além de organizar o processo de trabalho da enfermagem, buscando concretizar as ações a serem realizadas junto com clientes, que buscam esses serviços para atender às suas necessidades de saúde-doença (SPAGNOL, 2005).

Dessa forma neste estudo pretende-se analisar as competências gerenciais dos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde da Família de Várzea da Palma.

Após atuar como gerente e enfermeira de uma equipe de saúde da família (ESF), apenas como gerente de uma equipe e apenas como enfermeira, surgiram muitas indagações e inquietações em relação à melhor alternativa para o gerenciamento das Unidades de Saúde de saúde (UBS) e qual o profissional e formas de gerências adequadas a fim de realmente se obter a consolidação dos princípios do SUS e a real transformação das práticas de saúde.

De acordo com Lazzarotto (2001), cabe ao enfermeiro da ESF realizar atividades de supervisão, treinamento e controle da equipe e atividades consideradas de cunho gerencial. Como gerente da assistência de enfermagem na ESF, o enfermeiro deve ser o gerador de conhecimento, por meio do desenvolvimento de competências, introduzindo inovações à equipe, definindo responsabilidades.

Além do mais, Cunha e Neto (2006) em pesquisa realizada em 2006 concluíram que não há consensos quanto às competências gerenciais dos enfermeiros e que são necessárias pesquisas e discussões a cerca do assunto a fim de que o debate possa despertar habilidades no âmbito gerencial nesses profissionais, assim como meio de desenvolvê-las.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Breve histórico do Sistema de Saúde do Brasil

Durante muito tempo, a saúde no Brasil foi relegada a um segundo plano, permanecendo na periferia do sistema administrativo em relação à solução dos problemas de saúde que afligem a população e ao destino dos recursos direcionados a esse setor. Desde o final do século XIX até o início da década de 60 do século passado, o modelo sanitarista campanhista foi predominante no Brasil, restringindo-se a uma política de saneamento destinado à área de circulação de mercadorias exportáveis, principalmente o café. Esse sistema foi concebido dentro de uma visão militar, com centralização da decisão e estilo repressor (MENDES, 2002).

No mesmo período, prevalecia na assistência médica individual um sistema que atendia à população assegurada por meio da contribuição à previdência social. A Lei Eloi Chaves de 1923 é marco inicial da previdência social no Brasil, com a instituição das Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs), as quais, posteriormente, foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs). Em 1967, os IAPs originaram o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Durante a vigência desse sistema, um significativo contingente populacional, que não dispunha de recursos financeiros para pagar pelos serviços e tratamentos de saúde e não contava com cobertura assistencial, esteve à mercê de instituições de caridades (COHN, ELIAS, 1998; CONASS, 2003; MENDES, 1993).

Devido à grande demanda de contribuintes e, conseqüentemente, beneficiários, tornou-se impossível ao sistema médico previdenciário atender a toda essa população. Dessa forma, o governo passou a alocar recursos públicos para a iniciativa privada, gerando o modelo médico-assistencial-privatista, caracterizado por ser tecnicista, especialista e curativo. Além disso, o sistema era voltado para o indivíduo, possuía fins lucrativos e beneficiava a indústria médica de alta complexidade e a medicina privada, levando à fragmentação da assistência (PARREIRAS, MARTINS JÚNIOR, 2004).

No entanto, segundo Mendes (2002), o progressivo esgotamento desse modelo, principalmente no final da década de 70, por ser de alto custo, deficitário e incapaz de solucionar os principais problemas de saúde, levou de acordo com Rosa e Labate (2005), à busca de novos modelos de assistência, uma vez que o modelo hospitalocêntrico não atendia mais às necessidades de saúde das pessoas.

Nessa mesma época, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (1978), realizada em Alma Ata, no Cazaquistão, a proposta internacional dos cuidados primários com a saúde e a participação comunitária começou a tomar corpo (BRASIL, 1996a).

No Brasil, contudo, essa proposta reduziu-se a programas de medicina simplificada ou a estratégias voltadas para grupos de risco. Somente a partir de 1983, em meio à crise financeira da Previdência Social e à crise ideológica e político-institucional, foram criadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), visando a um modelo assistencial descentralizado e integrado, incorporando o setor público e procurando integrar ações curativas, preventivas e educativas (MENDES, 1993).

Posteriormente, o relatório gerado pela VIII Conferência Nacional de Saúde do Brasil, realizada em 1986, passou a constituir o projeto da Reforma Sanitária Brasileira (CONASS, 2003; MENDES, 1993; PUSTAI, 1996). O relatório foi aprovado na Constituição de 1988, proporcionando a reformulação política e organizacional dos serviços e ações de saúde e consolidando a transição democrática, com a criação do SUS (CAMPOS *et al.*, 2006).

2.2 Os princípios e diretrizes do SUS

O SUS compreende ações com um núcleo comum e único que concentra os princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade, além de seus princípios organizativos de regionalização, resolubilidade, descentralização e a participação popular (COHN, ELIAS, 1998). Com o princípio da regionalização, os serviços de saúde passaram a ser organizados em nível crescente de complexidade, circunscritos a determinada área geográfica e planejados com base em critérios de necessidade, de acordo com a característica de cada clientela (BRASIL, 1988).

A regulamentação dos princípios constitucionais do SUS se deu por meio das leis 8080 e 8142, de 1990, que têm como base a garantia do direito universal, equitativo, integral e resolutivo à população e a participação da comunidade no acompanhamento das políticas e ações de saúde por meio da descentralização das ações e políticas de saúde (BRASIL, 1990).

O texto constitucional e as leis orgânicas trouxeram uma nova concepção de saúde, fazendo oposição à doença e apresentando uma visão mais ampla em relação à prevenção dos

agravos e promoção de saúde com a integralidade das ações em uma perspectiva que transcende o setor de saúde (MARCIER, 2002).

A partir da regulamentação, o acesso da população à rede de saúde passou a ocorrer no nível primário de atenção. A atenção primária ou básica, de acordo com a Política Nacional da Atenção Básica, caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde; a prevenção de agravos; o diagnóstico; o tratamento; a reabilitação e a manutenção da saúde. Esta é desenvolvida por meio de exercícios de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios delimitados, pelas quais se assume responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vive essa população (BRASIL, 2006a).

No entanto, apesar dos aspectos positivos quanto à descentralização, ao acesso universal, à ampliação da cobertura da assistência à saúde e participação popular oriundos da implantação do SUS, ainda persistem dificuldades na operacionalização da equidade e da integralidade da assistência à saúde (CHIESA, FRACOLLI, 2004).

Além do mais, de acordo com Fernandes *et al.*, (2009), o processo de descentralização do SUS coloca a competência gerencial como um fator preocupante para a implementação de um sistema regionalizado, hierarquizado e participativo.

2.3 O Programa de Saúde da Família

A criação do PSF no Brasil foi influenciada por diferentes modelos de assistência à saúde de outros países, principalmente o de Cuba. A origem direta do PSF ocorreu com Programa de Agentes de Saúde, instituído em 1987, pela Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, o qual por apresentar muitos resultados positivos, acabou sendo estendido pelo Ministério da Saúde (MS), em 1991, a todo o país como Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Como esse programa constituiu-se isoladamente em uma proposta de atenção primária seletiva, gerou uma demanda crescente nos serviços de saúde, levando, posteriormente, à criação do Programa de Saúde da Família (PSF). O PACS criado no Ceará serviu de base para o lançamento do PSF em nível nacional pelo Ministério da Saúde em 1994 (MENDES, 2002).

O PSF surgiu como estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da organização da atenção básica, do estabelecimento de vínculos, da criação de laços de

compromissos e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e a população, em conformidade com os princípios do SUS. No entanto, sua implantação, ao mesmo tempo em que ratifica sua condição de programa por apresentar objetivos, metas e passos definidos, reivindica a posição de "estratégia", sinalizando um caminho possível para se atingirem os objetivos do SUS, reorientando o modelo assistencial. Posteriormente, na segunda versão oficial publicada em 1997, o PSF é definido efetivamente como estratégia, tendo como foco a família em seus ambientes físico e social, visando à promoção da saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 1997).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como princípios a definição de território, a adscrição das famílias, o cadastro, o prontuário familiar, a visita domiciliar e o agendamento com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados, oferecendo atenção integral, resolutiva e humanizada por meio do Acolhimento (SÃO PAULO, 2002). O acolhimento significa a manutenção da UBS permeável a todos os usuários que dela necessitarem e a escuta qualificada (FRANCO, MERHY, 2003). Deve estar presente em todas as ações das ESF e possibilitar a mudança de processo de trabalho a fim de atender a todos que procuram o serviço de saúde, por meio de uma atenção centrada nas relações humanas e na produção de vínculo, levando em consideração a autonomia do usuário no cuidado de si (MALTA *et al.*, 2000).

Merhy e Onocko (1997) consideram que os serviços de saúde, por se constituírem em um lugar de produção de bens-relações, prescindem dessas relações para o sucesso de sua cadeia produtiva, isto implica no fato de que a gerência de serviços de saúde precisa adotar um aparato tecnológico que lhe possibilite intervir nessas relações.

A atual expressão multidimensional das necessidades de saúde individuais ou coletivas, o conhecimento sobre o complexo objeto e as intervenções no processo saúde-doença requer múltiplos sujeitos para darem conta da totalidade das ações com vistas a uma assistência integral (SCHRAIBER *et al.*, 1999). Tais complexidades evidenciam as funções gerenciais e o papel do gerente que precisa, cada vez mais, dominar conhecimentos e desenvolver capacidade de enfrentar problemas, propor soluções criativas e agregar equipes e, para isso, necessita de autonomia e participação nas decisões da organização (BARBIERI, HORTALE, 2005).

Estudos recentes, como os realizados por McCallin, (2001), Pinho (2004) e Crevelim e Peduzzi (2005), demonstraram que alguns fatores são essenciais para atingir os objetivos da ESF tendo em vista a equipe, como o planejamento cuidadoso; o compromisso; o

investimento constante; os objetivos comuns; a liderança e tomada de decisão; a comunicação; a competência e habilidades; a definição clara de papéis; o respeito; além do suporte e engajamento por parte da equipe.

A reorientação das funções gerenciais pode ser vista como uma das estratégias para a consolidação dos princípios do SUS e transformação das práticas de saúde, criando condições para o direcionamento do processo de trabalho, para o desenvolvimento de serviços, aplicação de recursos necessários, melhoria nas relações interpessoais, resolutividade e satisfação dos usuários (FERNANDES *et al.*, 2009).

De acordo com Melo e Nascimento (2003) a gerência possui um caráter articulador e integrativo, sendo a ação gerencial determinada e determinante no processo de organização de serviços de saúde e um instrumento para a efetivação das políticas, em especial, as de saúde. Pode-se dizer que a gerência não compreende uma ação simplesmente racional ou técnica e, sim, apresenta dimensões científicas, técnicas e artísticas.

Portanto, no gerenciamento de uma UBS, o gerente necessita dominar uma gama de conhecimentos e habilidades das áreas de saúde e de administração, bem como, ter uma visão geral no contexto em que elas estão inseridas e, compromisso social com a comunidade. Em suma, o gerente de uma UBS tem como atividade precípua a organização da produção de bens e serviços de saúde ao indivíduo ou à coletividade (PASSOS, CIOSAK, 2006).

De acordo com Fernandes *et al.*, (2009) o gerente é o responsável pelo desenho do trabalho a ser realizado, pela escolha e preparo da equipe, assim como liderá-la, motivá-la, avaliá-la e recompensá-la adequadamente para, então, poder gerenciá-la e dela obter eficiência no desenvolvimento de suas ações e efetividade nos resultados. Esses autores comentam que é preciso realizar a análise das informações, relacionarem os fatores que precisam ser trabalhados com a população e trabalhar em conjunto com os interesses da comunidade, na busca de soluções para os problemas identificados, em consonância com os interesses do gestor, por meio de negociações e discussão de prioridades.

Para atingir os princípios do SUS, produzindo bens e serviços na proporção da demanda e com qualidade é necessária uma capacidade gerencial para a qual os atuais gestores não estão qualificados. De acordo com Santana (1997), a baixa capacidade gerencial é hoje um fator dificultador das resoluções dos problemas já citados na gestão dos serviços saúde e limitador do acesso aos mesmos.

A avaliação deve se constituir em um instrumento fundamental para a gerência, ágil e facilitador das mudanças pretendidas. A incorporação da prática de avaliação, bem como, a construção de indicadores, através do diagnóstico situacional, cumpre os objetivos básicos de subsidiar o planejamento e instrumentalizar a gerência dos serviços de saúde permitindo o acompanhamento dos problemas, e facilitando o processo de tomada de decisão. (FERREIRA, 2004)

Segundo Ferreira (2004) para as atividades de reorganização de serviços de saúde, devem ser identificadas e analisadas as diferentes racionalidades subjacentes às práticas de saúde, os elementos do processo de trabalho (objetos, meios e trabalho) inerentes a cada uma delas, visando à reorganização dessas práticas nas Unidades de Saúde. Portanto o gerente deve utilizar o planejamento calcado em sólidas fontes de informações para gerar o desenvolvimento de vínculos e práticas que garantam a acessibilidade aos serviços de saúde, e a integralidade desses serviços com a rede assistencial.

De acordo com Fernandes *et al.*, (2009) as habilidades gerenciais, abrangem a comunicação, a organização de tarefas, o planejamento de ações e a negociação.

Passos, Ciosak (2006), consideraram em seu estudo os seguintes elementos constitutivos do processo de trabalho: objeto, finalidade, meios, instrumentos e produto final para analisar o processo gerencial dos enfermeiros em Unidades Básicas de Saúde.

Nos diversos serviços de saúde a gerência em enfermagem tem assumido fundamental importância na articulação entre os vários profissionais da equipe, além de organizar o processo de trabalho da enfermagem, buscando concretizar as ações a serem realizadas junto com clientes, que buscam estes serviços para atender às suas necessidades de saúde-doença (SPAGNOL, 2005).

Este fato é explicado por ser a atividade gerencial uma das essenciais que norteiam a profissão da enfermagem. Este conhecimento foi constituído histórico e socialmente por meio da administração em enfermagem que surgiu oficialmente em 1900, na Inglaterra, como instrumento de trabalho que contribuiu para organizar o ambiente terapêutico onde o cuidado era realizado (GOMES, 1991).

Historicamente os enfermeiros têm adotado os princípios da Escola Científica e Clássica da Administração para gerenciarem o seu trabalho, tendo em vista a estrutura e organização do

Serviço de Enfermagem nas instituições de saúde (FERNANDES *et al.*, 2003). Os princípios desse modelo de gerência foram preconizados por Taylor e Fayol, em meados do século XIX e utilizados inicialmente na organização do trabalho realizado nas indústrias.

No entanto, o novo modo de organizar a atenção à saúde constitui um estímulo desafiador para o enfermeiro, que deve levar em consideração o envolvimento, no seu agir, com os aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais relevantes para o processo de transição, consolidação e expansão do PSF (DIAS *et al.*, 2005).

No Ensino da Enfermagem, a Administração vem discutir competências ao enfermeiro para o exercício do processo de trabalho gerencial, em que assume papel de articulador, facilitador na gerência de serviços e na assistência à clientela (RESCK, GOMES, 2008).

Este estudo, portanto surgiu da necessidade identificada durante a minha prática ao atuar como enfermeira, como gerente e realizar as duas atividades associadas, surgiram muitas indagações e inquietações em relação à melhor alternativa para o gerenciamento das UBS e qual o profissional e formas de gerências adequadas para se obter a consolidação dos princípios do SUS e a real transformação das práticas de saúde. Quando realizei o curso de mestrado tive a oportunidade de trabalhar os aspectos facilitadores e dificultadores do trabalho em equipe. Mais recentemente, quando da realização do CEABSF, nos momentos de discussões do processo de trabalho em saúde, retornei com as minhas inquietações sobre a questão das competências gerenciais do enfermeiro nas equipes de saúde da família e assim retornei ao meu trabalho de mestrado e resgatei os dados sobre essa problemática e construí o objeto deste trabalho.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar as competências gerenciais dos enfermeiros das equipes de Saúde da Família do município de Várzea da Palma.

3.2 Objetivos específicos

Evidenciar as atribuições necessárias ao gerenciamento de uma equipe de Saúde da Família.

Identificar o perfil do profissional que gerencia as unidades nas equipes de Saúde da Família no município de Várzea da Palma.

4 METODOLOGIA

4.1 Local de estudo

O estudo foi realizado no Município de Várzea da Palma, Minas Gerais. A população estimada do município era de 34.448 habitantes (IBGE, 2007). Todos os enfermeiros das equipes de saúde da família participaram da pesquisa.

4.2 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo um estudo descritivo e temporal onde foi utilizado um recorte de um estudo maior que abordou as vantagens e desvantagens do Trabalho em equipe. Como fontes de informações, foram utilizados dados secundários do projeto intitulado “**O Trabalho em Equipe na Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Várzea da Palma-MG: Aspectos Facilitadores e Dificultadores do Trabalho em Equipe**”,. Trabalhou-se portanto com os dados gerados das entrevistas do enfermeiros e foi feito uma análise descritiva das competências gerenciais dos mesmos nas Equipes de saúde da família do Município de Várzea da Palma. Os resultados foram discutidos a partir do pensamento de diversos autores que tinham abordado cada um dos aspectos ou assuntos relacionados aos achados desta pesquisa, levando a reflexões críticas sobre os conhecimentos requeridos dos enfermeiros para cumprir funções/atividades gerenciais na ESF. Por isso, foi feito, também, uma pesquisa bibliográfica em fontes reconhecidas tais como: BIREME, MEDLINE, LILACS.

4.3 População de estudo

Foram incluídos no estudo os 10 enfermeiros que atuavam como enfermeiros e gerentes das equipes do PSF do Município de Várzea da Palma e que aceitaram participar da pesquisa.

É importante destacar que a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da UNICOR e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), que se encontram anexo. (APÊNDICES A e B)

4.4 Coleta de Dados

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados no estudo analisado intitulado “O Trabalho em Equipe na Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Várzea da Palma- MG: Aspectos Facilitadores e Dificultadores do Trabalho em Equipe” um questionário com questões fechadas e questões abertas (APÊNDICE A). Antes da entrega dos questionários, foi realizada uma reunião com cada equipe de PSF, com intuito de esclarecer sobre a pesquisa e solicitar a participação dos integrantes da equipe.

Neste trabalho foram analisados apenas as questões relacionadas as atividades gerenciais do enfermeiro da UBS/PSF.

4.5 Análise dos Dados

Os dados obtidos no estudo utilizado intitulado “O Trabalho em Equipe na Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Várzea da Palma- MG: Aspectos Facilitadores e Dificultadores do Trabalho em Equipe” foram tabulados em planilha Excel (2003) e organizados em gráficos e tabelas. Foi utilizado o programa SPSS para traçar o perfil dos profissionais integrantes das equipes do PSF de Várzea da Palma. Ressalte-se que se retirou para este estudo os dados sobre as atividades gerenciais dos enfermeiros que atuavam nas ESF, e que estes dados também foram submetidos ao mesmo tratamento estatístico do estudo maior.

Para manutenção do sigilo, as respostas apresentadas pelos participantes foram codificadas utilizando a sigla P seguida de um número, o qual representa a numeração correspondente à planilha no Excel.

4.6 Resultados e discussão

A população em análise foi composta por 10 enfermeiros. Todos os enfermeiros eram do sexo feminino. Em relação ao vínculo dos enfermeiros das equipes do PSF de Várzea da Palma encontrou-se que 8 (80%) eram contratados e 2 (20%) eram concursados. Em relação ao tempo de atuação na saúde pública encontrou-se que cinco atuavam há mais 4 anos, dois de 3 a 4 anos e dois de 1 a 2 anos.

Quanto ao grau de escolaridade sete tinham pós graduação, sendo que quatro eram em Saúde da Família, um em Gestão de sistema e serviço de enfermagem, um em enfermagem em urgência e emergência e um em educação em saúde para enfermeiros.

Quanto às tarefas realizadas pelos profissionais dentro das equipes, os profissionais tiveram a opção de marcar mais de uma resposta, por isso cada tarefa foi avaliada individualmente. Todos os enfermeiros citaram realizar visitas domiciliares, consultas, atividades administrativas, grupos operativos, acolhimento, programação e planejamento e reuniões. Quanto ao curativo, vacina, diagnóstico situacional e avaliação da equipe, detectou-se que 9 (90%) enfermeiros afirmaram realizar estas atividades.

TABELA 1: Tarefas realizadas pelos enfermeiros das equipes de PSF. Várzea da Palma, maio de 2008.

Tarefas realizadas	SIM	%	NÃO	%
Visitas domiciliares	10	100,0	0	0
Curativos	09	90,0	01	10,0
Consultas	10	100,0	0	0
Atividades administrativas	10	100,0	0	0
Grupos operativos	10	100,0	0	0
Vacina	09	90,0	01	10,0
Acolhimento	10	100,0	0	0
Cadastro familiar	01	10,0	09	90,0
Programação e planejamento	10	100,0	0	0
Diagnóstico situacional	09	90,0	01	10,0
Avaliação da equipe	09	90,0	01	10,0
Reuniões	10	100,0	0	0
Outros	03	30,0	07	70,0

Os enfermeiros declararam exercer uma grande quantidade de tarefas na equipe, tendo a realização de atividades administrativas sido declaradas exclusivamente por esses profissionais. Além do mais os enfermeiros sempre mencionaram as atividades gerenciais como sendo sua função, o que não ocorreu dentre os outros profissionais. Isso leva à constatação de que a função gerencial na equipe é de responsabilidade desse profissional.

Ao analisar as competências gerenciais citadas por Ferreira em seu estudo realizado em 2004: avaliação, diagnóstico, programação e planejamento e comunicação, nos enfermeiros gerentes das equipes de PSF de Várzea da Palma, chegou-se aos seguintes resultados: quanto à avaliação, verificou-se que 90% dos enfermeiros disseram realizá-la na equipe. Um resultado de extrema relevância visto que a avaliação é a parte fundamental no

planejamento e gestão de qualquer sistema de saúde. Com um sistema de avaliação efetivo pode-se reordenar a prestação de serviços de saúde, redirecionando de formas a contemplar as necessidades do público, abrangidas por estas ações (FIGUEIREDO, 2003).

Além do mais, a avaliação permite conhecer os pontos a serem trabalhados para melhorar a qualidade da assistência uma vez que os clientes que procuram os serviços públicos estão exigindo mais qualidade na prestação destes serviços (MARAN, 2004).

Quanto ao diagnóstico situacional 90% dos gerentes afirmaram utilizar este instrumento na gestão do seu trabalho. De acordo com Bertussi *et al.*, (2001), o gerente de Unidade Básica de Saúde deve conhecer o perfil epidemiológico da população de seu território. Sendo que através da análise de informações demográficas, de morbi-mortalidade e de condições de vida, ou seja, do diagnóstico situacional, é possível listar e priorizar os problemas desta área e, posteriormente, realizar proposta de intervenção para impactar os mesmos.

Quanto à programação e planejamento das atividades a serem realizadas, 100% dos enfermeiros relataram utilizar esta ferramenta de extrema importância visto que, é necessário ter conhecimento da programação da UBS em que está inserido. A programação local compreende as ações destinadas a determinar, com certa racionalidade, o tipo, número e destino dos serviços de promoção, recuperação, reabilitação e de atenção direta aos indivíduos, famílias, grupos sociais e ambiente requeridos para solucionar problemas e satisfazer necessidades prioritárias. Desta forma, a programação compreende a definição das atividades administrativas e de gerência necessárias para apoiar essas ações (FEKETE e MANDELLI, 1994).

Conseqüentemente, a programação constitui-se num instrumento que orienta a condução do processo de organização dos serviços, na medida em que estabelece os objetivos a serem alcançados, bem como as estratégias a serem utilizadas visando o seu alcance (MENDES, 1996). Para concretizar um bom planejamento é fundamental realizar um diagnóstico da comunidade, com base nos problemas levantados (FERNANDES *et al.*, 2009).

Quanto à existência de compartilhamento de informações também foi detectada sua utilização por todos os gerentes, principalmente nas reuniões. Pode-se entender por comunicação a troca de informações, fatos, idéias e significados e pode ser utilizado para informar, coordenar e motivar as pessoas, sendo esta, uma das competências gerenciais menos compreendidas e mais importantes (QUINN *et al.*, 2003).

Um sistema de informação é um conjunto ordenado de métodos e recursos, destinados a facilitar o manuseamento das informações necessárias ao atendimento dos objetivos da organização de saúde (MENGGINSON, 1998).

Para Andrade (2001) a informação em saúde serve ainda para avaliação das ações, controle da produção de serviços e controle social. Contribui também, para a avaliação permanente das ações empreendidas permitindo modularem as formas de intervenção.

Kurcgant (1991) enfatiza a necessidade e a importância de um sistema de informação que propicie à equipe os dados necessários ao desenvolvimento da assistência, sendo que o sistema de informação em enfermagem viabiliza o processo de comunicação entre os membros da equipe da unidade, equipe multidisciplinar e clientela.

Em relação às competências gerenciais analisadas neste estudo, observou-se que a avaliação, o diagnóstico, a comunicação e a programação e planejamento são desenvolvidas pela maioria das gerentes. Corroborando o que Passos e Ciosak (2006), concluíram em seu estudo, que os enfermeiros gerentes de UBS na organização das ações dos serviços de saúde articulam e direcionam a finalidade do processo de trabalho, através da relação estabelecida entre o objeto, os instrumentos e o produto final. Este fato pode ser explicado devido à nova concepção de gerência onde é preciso aceitar que a função administrativa se constitui em elemento essencial para o alcance dos objetivos. Função esta que é trabalhada na grade curricular da graduação em enfermagem (BENITO *et al.*, 2005).

Dias *et al.*, (2005), trabalhando esse assunto, conclui em seu estudo que frente as diversidades nos avanços e recuos do modo de gerenciar equipes, programas e sistemas, o Enfermeiro/a apresenta ampla e profunda percepção das necessidades de garantia de acesso universal e da qualidade da assistência. Isso assegura uma bagagem de conhecimentos gerenciais que valoriza a decisão democrática, o trabalho em equipe e a posição das lideranças comunitárias. Segundo esse autor, a prática gerencial enfrenta constantemente obstáculos sociais, políticos e econômicos que extrapolam os atributos meramente administrativos formalizados na função do gerente.

Benito *et al.*, (2005) destaca em seu estudo que o enfermeiro é um profissional com visão ampla sobre saúde e todas suas relações. Isto se pode perceber com clareza na nova proposta de formação do MEC (Brasil, 1996b). Hoje, pode-se falar que a sociedade espera ser atendido por um enfermeiro capaz de saber gerenciar o cuidado à saúde no contexto

político da saúde do país e que a capacidade de recriar significados é nato a este profissional.

Segundo Mishima *et al.*, (2000), a atividade gerencial deve ser uma ação intencional voltada para a consecução de objetivos, a qual detém caráter articulador e integrativo, sendo determinada e determinante no processo de organização dos serviços de saúde e fundamental para a efetivação de políticas sociais, em específico as da saúde.

Tendo em vista seu caráter articulador e integrativo, Campos (2000) defende a proposta de co-gestão, ou seja, para ele a gestão dos serviços de saúde deve ser uma atividade coletiva, com o objetivo principal de prestar uma assistência integral à população, que necessita dos serviços de saúde, e não somente uma atividade atribuída a poucos profissionais ou especialistas que detêm e centralizam o poder.

A atividade gerencial do enfermeiro deve ser vista de dois prismas: gerência da UBS e a gerência da assistência. Na realidade, talvez por desconhecimento ou mesmo por uma necessidade institucional o enfermeiro vem assumindo essas duas funções e com certeza, está deixando a desejar umas delas. Os enfermeiros participantes desta pesquisa estão de fato fazendo a gerência da assistência.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O contexto atual mostra a necessidade de se criar espaços coletivos e democráticos nas organizações que permitam aos gerentes e trabalhadores analisar suas relações de trabalho, explicitando e conduzindo os conflitos, tendo em vista a produção de sujeitos em espaços coletivos organizados, envolvidos no processo de implementação do SUS e não meramente seguidores de ordens ou portadores de projetos individuais. (SPAGNOL, 2005).

O estudo demonstrou que os enfermeiros são os profissionais que gerenciam as Unidades Básicas de Saúde no município de Várzea da Palma, além de gerenciarem também a assistência do cuidado. Como gerentes os enfermeiros desenvolvem a maioria das competências gerenciais citadas por Ferreira (2004): a avaliação, o diagnóstico, a comunicação e a programação e planejamento. Portanto, demonstram gerenciar de forma adequada a assistência à saúde. No entanto deve-se avaliar como está sendo gerenciada a UBS, visto que, as duas funções sobrecarregam o profissional enfermeiro que acaba deixando a desejar na gerência da UBS afetando a qualidade da assistência.

De acordo com Spagnol (2005) a função gerencial desempenhada pelo enfermeiro nos serviços de saúde deve contemplar os aspectos assistenciais, pedagógico, técnico-científico e político, bem como, aqueles que dizem respeito às relações interpessoais, visando o planejamento de uma assistência integral, prestada de forma segura e livre de riscos, ao indivíduo, à família e à comunidade.

Além disso, a formação desses profissionais, gerentes, deve possibilitar a aquisição de um referencial teórico, de análise e de intervenção, que permita uma reflexão constante de sua prática gerencial, do seu papel como coordenador da equipe de enfermagem e das relações sociais inerentes ao ambiente de trabalho (SPAGNOL, 2005).

A maioria dos enfermeiros demonstrou experiência e, inclusive formação complementar, em saúde da Família. De acordo com Fernandes *et al.*, (2009), apesar da experiência em saúde pública, há a necessidade de formação específica para a área de saúde coletiva, direcionado para o novo modelo de atenção básica e de gerenciamento de recursos, sejam eles, humanos, materiais ou financeiros.

De acordo com Cunha e Neto (2006), muitas são as atribuições que parecem ser necessárias para o enfermeiro desenvolver na sua prática profissional, pois um grande desafio tanto para os órgãos formadores, como para o serviço, na perspectiva da educação

permanente é torna-se responsabilidade de todos esses atores: docentes, enfermeiros dos serviços e do próprio aprendiz, no sentido de qualificá-los para o exercício profissional com habilidades e as devidas competências.

Apesar de ter detectado no estudo que os enfermeiros desenvolvem a maioria das capacidades gerenciais citadas por Ferreira (2004), percebe-se que um aspecto relevante é a ênfase que deve ser dada a se criar formas/ metodologias de processos pedagógicos que visem à transformação de práticas no cotidiano que se baseiam na mudança de paradigmas dos profissionais que trabalham em saúde. Neste sentido, a educação permanente apresenta-se como instrumento valioso para se chegar a esta mudança de conduta. Destaca-se a importância das Universidades, como principal recurso para formação de profissionais enfermeiros qualificados para atuarem na gestão dos serviços de saúde nos moldes atuais, adquirindo no ensino competências que possam possibilitar práticas gerenciais articuladas, que tenham como produto final a integralidade, equidade, universalidade, qualidade da assistência e a satisfação do usuário.

Este estudo deve ser considerado um instrumento de reflexão quanto à necessidade de avaliações e mudanças na prática gerencial, visando colocar em prática os princípios do SUS de forma a obter a qualidade da assistência. Vem destacar também as vantagens do profissional enfermeiro como gerente nas Unidades de PSF, principalmente devido a sua formação.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, S.M.I. **Dados e informação em saúde: para que servem?** In: Andrade, S.M. Soares, D.A., Cordini, Jr. L., organizadores. Bases da saúde coletiva. Londrina (PR): UEL; 2001. p. 161-181.

BARBIERI, A.R.; HORTALE, V.A. Desempenho gerencial em serviços públicos de saúde: estudo de caso em Mato Grosso do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.21, n.5: p.1349-1356, set.out 2005.

BENITO, G.V.; BECKER, L.C.; DUARTE, J.; LEITE, D. S. Conhecimento gerencial requerido do enfermeiro no Programa Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**. v.58, n.6: p.635-640, nov.dez 2005.

BERTUSSI, D.C.; OLIVEIRA, M.S.M.; LIMA, J.V.C. **A unidade básica no contexto do Sistema de Saúde**. In: Andrade SM, Soares DA, Cordini Jr L, organizadores. Bases da saúde coletiva. Londrina (PR): UEL; p. 133-43. 2001.

BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8080, 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, 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Acesso em 15 Mai 2010.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de setembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Brasília, 28 de setembro de 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>. Acesso em 15 Mai 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Osvaldo Cruz. IEC Informação Educação e Comunicação. **Promoção da Saúde: Carta de Ottawa. Declaração de Adelaide. Declaração de Sundsvall. Declaração de Bogotá**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996a. cap. 1, p. 11-18.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional**. Brasília, 20 de dezembro de 1996b, 185º da Independência e 108º da República. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/ldb.pdf>. Acesso 14 Abr 2010.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portal da Saúde. **Agentes Comunitários de Saúde, Equipes Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal, em atuação- competência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção a Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições – o método da roda**. Hucitec, São Paulo. 2000.

CAMPOS, F.E.; PIERANTONI, C.R.; MACHADO, M. H. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde. **Cadernos RH saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 9p.

CHIESA, A.M.; FRACOLLI, L. A. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da promoção da saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília, ed. Especial , n. 7: p. 42-49, jan. 2003.abr. 2004.

COHN, A.; ELIAS, P.E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 2ª ed São Paulo: Cortez, 1998.117p.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE- CONASS. Programa de informação e apoio técnico às novas equipes gestoras estaduais do SUS de 2003. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. 248p.

CREVELIM, M.A.; PEDUZZI, M. Participação da comunidade na Equipe de Saúde da Família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência Saúde Coletiva**. v.10, n.2: p.323-331, abr. 2005.

CUNHA, I.C.K.O.; NETO, F.R.G.X. Competências Gerenciais de Enfermeiras: um novo velho desafio. **Texto contexto enferm**. Florianópolis, v.15, n.3; p.479-482, 2006.

DIAS, M.A.E.; CUNHA, F.T.S.; AMORIM, W.M. Estratégias gerenciais na implantação do Programa de Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**. v.58, n.5: p.513-518, set-out. 2005.

FEKETE, M.C.; MANDELLI, M.J. **A administração estratégica em unidades de saúde**. Brasília (DF): OPAS; 1994.

FERNANDES, M.S.; SPAGNOL, C.; TREVIZAN, M.A.; HAYASHIDA, M. A conduta gerencial da enfermeira: um estudo fundamentado nas teorias gerais da administração. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.11, n.2: p.161-167. 2003.

FERNANDES, L.C.L.; MACHADO, R.Z.; ANSCHAU, G.O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**. v14(Supl. 1): p.1541-1552. 2009.

FERREIRA, A.S. Competências gerenciais para unidades básicas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 9, n.1: p. 69-76. 2004

FIGUEIREDO, N.M. **As práticas de enfermagem: ensinado a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul (SP): Difusão enfermagem; 2003.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial**. In: MERHY, E. E. O trabalho em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-124.

GOMES, E.L.R. **Administração em enfermagem: constituição histórico-social do conhecimento**. 1991. 188p. Tese (Doutorado Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE (2007)** Disponível em <http://www.ibge.gov.br/>.

KURCGANT, P. **Administração em enfermagem**. São Paulo (SP): EPU; 1991.

LAZZAROTTO, E.M. **Competências essenciais requeridas para o gerenciamento de unidades básicas de saúde**. 2001. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção da Universidade Federal de Santa Catarina.

MALTA, D.C.; FERREIRA, L. M.; REIS, A.T.; MERHY, E. E. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Saúde e Debate**. v.24: p.21-34. 2000.

MARAN, E. **Auditoria da assistência de enfermagem: influência na qualidade dos serviços prestados. Enfermeira da UTI de um Hospital**. [citado em: 25 maio 2004]. Disponível em: URL: [http:// www.pec.uem.br/dcu/Trabalhos/6-laudas/MARAN,%20Edilaine](http://www.pec.uem.br/dcu/Trabalhos/6-laudas/MARAN,%20Edilaine)
MARCIER, M.H.F.C. Para que a expansão do PSF seja consistente. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília, n.6: p. 32-35, dez. 2002.

MCCALLIM, A. **Interdisciplinary practice a matter of teamwork: an integrated literature review**. J. Clin. Nursing, v.10, p.419-428. 2001.

MELO, M.L.C.; NASCIMENTO, M.A.A. Treinamento Introdutório para Enfermeiras Dirigentes: possibilidades para gestão do SUS. **Revista Bras Enferm**. v.56, n.6: p.674-677.2003.

MENDES, E.Vilaça. **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal**. In: MENDES, E.V. Distrito Sanitário: o processo social e mudança das práticas sanitárias do SUS. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/ ABRASCO, 1993. cap. 1. p. 19-92.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo (SP): Hucitec, 1996.

MENDES, E.V. **A evolução histórica da atenção primária a saúde no Brasil. A atenção primária a saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. cap. III. p. 23-29 .

MENGGINSON, C.L. **Administração: conceitos e aplicações**. São Paulo (SP): Harbra, 1998.

MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo, HUCITEC, 1997.

MISHIMA, S. M.; TEIXEIRA, R.A.; PEREIRA, M.J.B. O trabalho de enfermagem em atenção primária a saúde: a assistência à saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.53, n.2: p.193-206, abr.-jun. 2000.

PARREIRAS, P. C.; MARTINS JÚNIOR, T. A proposta política pedagógica da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. SANARE. **Revista de Políticas Públicas**. Sobral, ano V, n.1:p. 21-32. jan-mar.2004.

PASSOS, J.P.; CIOSAK, S.I. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde. **Rev Esc Enferm USP**. v. 40, n.4: p.464-468. 2006.

PINHO, M.C.G. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. **Ciências & Cognição**. v. 8. 2004.

POLIGNANO, M.V. **Marcas Profundas ao Longo da História**. Estado de Minas, Belo Horizonte, p. 19-26, maio. 2001.

PUSTAI, Oldaci José. **O sistema de saúde no Brasil**. In: DUNCAN, Bruce B; SCHIMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa. Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. 2ª ed Porto Alegre: Artmed, 1996. cap. 3.p. 17-21.

QUINN, R.E.; THOMPSON, M.; FAERMAN, S.R.; MCGRATH, M. **Competências gerenciais: princípios e aplicações**. Rio de Janeiro: Elsevier; 2003.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. **Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistencial**. Revista Latino-Americana Enfermagem, v.13, n.6: p.1027-1034, nov-dez. 2005.

SANTANA, J. P. (org.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Organização Pan-Americana de Saúde, OPAS. Brasília. 1997.

SCHRAIBER, L.B.; PEDUZZI, M.; SALA, A.; NEMES, M.I.; CASTANHEIRA, E.R.; KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência Saúde Coletiva**. v.4: p.221-242. 1999.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. **Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver**. Secretaria Municipal de saúde. São Paulo: 2002. 144p.

SPAGNOL, C.A. (Re)pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.10, n.1: p.119-127. 2005

RESCK, Z.M.R.; GOMES, E.L.R. A Formação e a prática gerencial do enfermeiro: caminhos para a práxis transformadora. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.16, n.1, jan-fev. 2008.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO

Profissão:

Equipe:

Tempo de atuação na equipe:

Unidade Básica de Saúde em que trabalha:

Nome da Equipe do PS F em que trabalha:

Sexo: () feminino () masculino

Idade:

Carga Horária semanal de trabalho:

Grau de escolaridade:

() primeiro grau completo

() Segundo grau incompleto

() Segundo grau completo

() graduação. Especificar o curso:

() pós-graduação (especialização, mestrado ou doutorado). Especificar o curso e a área:

Tempo de trabalho na área de saúde pública:

Tempo de trabalho na Equipe de Saúde da Família na Unidade Básica de Saúde atual:

1- Qual o seu tipo de vínculo trabalhista?

() Concursado

() contratado

2- Na sua opinião, existe o compartilhamento de informações e conhecimentos?

() sim

() Não.

Se a resposta for sim para a questão de número 4, responda a questão 5.

3- Como ocorre o compartilhamento de informações e conhecimentos?

() através de reuniões

() através de palestras

() através de grupo de discussão

() através de conversas informais entre os diferentes profissionais

4- Como é determinada a liderança na equipe?

() pelo tipo de problema a ser resolvido

() através da indicação da gerência

() através de eleição

() pela formação ou grau de instrução dos profissionais

5- Quais tarefas você realiza na equipe?

() visitas domiciliares

() curativos

() consultas

() atividades administrativas

() grupos operativos

() vacina

() acolhimento

() cadastro familiar

() programação e planejamento

() diagnóstico situacional

() avaliação da equipe

() reuniões

() Outros.

Especificar:

APÊNDICE B - Autorização institucional para realização da pesquisa



PREFEITURA MUNICIPAL DE VÁRZEA DA PALMA – MG
ADM.: NOVOS TEMPOS, NOVO RUMO



Várzea da Palma, 02 de Outubro de 2007.

DECLARAÇÃO

Venho através deste, conforme solicitado na correspondência enviada a esta Secretaria, em 06 de Setembro de 2007, autorizo a aluna **VALDILENE GOMES DE OLIVEIRA MYRRHA**, do curso de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Vale do Rio Doce - UNINCOR, para que a mesma possa coletar dados para o seu projeto de pesquisa científica, intitulado "O trabalho em Equipe no PSF: limites e possibilidades de uma verdadeira atuação". Esta pesquisa será realizada, através de um questionário semi-fechado contendo questões relacionadas ao tema em questão e entrevistas junto aos profissionais das Equipes do PSF/Acolher Palma.

Diante do exposto, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.


Gilson Urbano de Araújo
Secretário Municipal de Saúde



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE – SUS
ACOLHER PALMA - PSF
Rua Esmeralda, n.º 1280 – Bairro Centro – Várzea da Palma -MG
CEP: 39260-000



APÊNDICE C - Certificado de aprovação da realização do projeto pelo CEP da UNINCOR



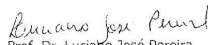
CERTIFICADO

O COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNINCOR - CEP - constituído em conformidade com legislação especificada pela Reitoria e nos termos da Resolução nº. 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, apreciou o protocolo da pesquisa intitulada "**O TRABALHO EM EQUIPE NO PSF: LIMITES E POSSIBILIDADES DE UMA VERDADEIRA ATUAÇÃO**", de autoria do (s) professor (es) **JAQUELINE MARTINS** e do (s) acadêmico (s) "**VALDILENE GOMES OLIVEIRA MYRRHA**".

Assim sendo, tendo revisto o referido protocolo, este **COMITÊ** resolve enquadrá-lo na categoria **APROVADO**.

Três Corações, 18 de outubro de 2007

Prof. Dr. Natanael Átilas Aleiva
Pró-Reitor


Prof. Dr. Luciano José Pereira
Presidente do Comitê de Ética da UNINCOR

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto: “O TRABALHO EM EQUIPE NO PSF DE VÁRZEA DA PALMA: LIMITES E POSSIBILIDADES DE UMA VERDADEIRA ATUAÇÃO”.

Pesquisador: Valdilene Gomes Oliveira Myrrha

Tenho o prazer de convidá-lo a participar da pesquisa, “O TRABALHO EM EQUIPE NO PSF DE VÁRZEA DA PALMA: LIMITES E POSSIBILIDADES DE UMA VERDADEIRA ATUAÇÃO”. Que têm como objetivos avaliar como está sendo desenvolvido o trabalho nas equipes do Programa Saúde da Família, conhecer as concepções dos profissionais que integram estas equipes multidisciplinares e identificar os elementos dificultadores e facilitadores para a construção e crescimento do trabalho em equipe no Programa Saúde da Família de Várzea da Palma. Os dados serão coletados através da aplicação de um questionário que deverá ser devolvido à pesquisadora com o prazo de uma semana.

Os resultados deste estudo poderão trazer propostas que possam melhorar o trabalho nas equipes de PSF, colaborando desta forma para melhoria da saúde pública.

Será garantido sigilo absoluto quanto à identidade dos participantes e em relação às informações obtidas. Os dados serão usados para fim de pesquisa e publicação, e em nenhum momento será revelada a identidade dos participantes.

Ao participante deste projeto estará garantido o direito de desistir ou interromper sua colaboração no momento que desejar independente da etapa do estudo. O participante terá direito a receber informações sobre a pesquisa, a qualquer momento, mantendo contato com o pesquisador; A pesquisa não apresenta riscos nem despesas pessoais para seus participantes em qualquer fase do estudo e não haverá compensação financeira relacionada à participação.

Eu _____

RG _____

Fui informado dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa. Estando claros para mim os objetivos do estudo, os procedimentos que serão realizados, a garantia de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes seu concordo em participar do estudo.

Várzea da Palma, _____ de _____ de 2008.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa UNINCOR: (35) 3239-1219.

Telefone da pesquisadora: (31) 8659-8568.