

Gestão de serviços de saúde

Lais Helena Domingues Ramos e
Marcus Vinicius Diniz Grigoletto

Sumário

Apresentação	2
Introdução	2
Habilitando as Equipes da Estratégia Saúde da Família	3
Implantando a Equipe.....	6
Organizando a assistência	7
Avaliação	9
O Pacto pela Saúde.....	9
Responsabilidades da gestão	10
Gerente de Unidade Básica com a Estratégia Saúde da Família	10
Referências	11
Bibliografia consultada.....	12

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).

Reafirmar o SUS como política de Estado é papel de todos que direta ou indiretamente são instrumentos de transformação do sistema, e, nesse contexto, a figura do gestor nas três esferas de governo assume papel fundamental.

Mas como gerir um Sistema de Saúde tão complexo como o SUS? Quais ferramentas existem e como podem ser usadas pelo gestor para transpor as dificuldades diárias da gestão? Como entender, avaliar e planejar estratégias para que o SUS seja contemplado em todas as suas diretrizes nos 5.564 municípios do país, levando em conta suas realidades locais?

Obviamente, não esgotaremos neste conteúdo todos os conceitos e a complexidade da gestão dos serviços de saúde, porém traremos subsídios para discussão e reflexão sobre o tema e daremos passos importantes no entendimento de um universo repleto de planilhas, mapas, leis, cifras e inúmeros desafios.

Introdução

O Brasil, segundo o Ministério da Saúde (MS), chega em 2012 com a Estratégia Saúde da Família atuante em 5.278 municípios. Estruturada como uma forma de reorganizar a Atenção Básica desde 1994, a ESF vem se consolidando como o principal modelo de atenção e assistência às necessidades básicas de saúde da grande maioria das cidades brasileiras espalhadas por todos os estados da Federação. São ao todo 32.498 equipes implantadas até janeiro de 2012, atingindo 53,75% da população nacional.

Uma estratégia desse porte, que faz parte de um Sistema de Saúde mais amplo ainda, necessita de um pacote de leis, normas, regras, pactos e instruções muito bem definido, com o propósito de viabilizar sua execução.

As diretrizes das ações desenvolvidas em nível local nascem no Ministério da Saúde como portarias, portarias especiais, documentos norteadores de programas etc. Passam por estrutura hierárquica das secretarias municipais, de coordenadorias, e, finalmente, na Atenção Primária, se faz uso da tecnologia leve (MERHY, 1994), espaço destinado à transformação das ações definidas pelos princípios do SUS, artigo 3 da Lei nº 8.080/90.



Destaque

Traduzindo: são ações de natureza definidas em nível cartorial que produzirão o cotidiano dos serviços de saúde, ou seja, em **cadastros da população, atendimentos, consultas de enfermagem, médicas, odontológicas, multiprofissionais, visitas domiciliares** e outros procedimentos que se estenderão ao território como resposta às especificidades e à dinâmica de vida das famílias.

Aqui entram todos os profissionais da Unidade de Saúde, cada um com suas atribuições específicas e em equipe desempenhando seu trabalho. E tudo acontece a partir do trabalho em equipe – portanto, dentro de uma interdependência profissional, que constitui o grande diferencial do processo de trabalho na ESF.

Esse movimento ocorre baseado em premissas gerenciais já sobejamente conhecidas, como a coordenação, o planejamento, a previsão, a organização, o controle e a avaliação. São os clássicos princípios da administração científica utilizados com roupagem nova e que ainda dão conta da materialização dos procedimentos gerenciais adotados pelos profissionais na Atenção Básica.

No tocante à dinâmica do gerenciamento, a intenção deste módulo é contribuir acoplando as bases do gerenciamento aos mais importantes princípios do Sistema Único de Saúde, além de alguns pressupostos pilares da ESF. Esse desenho gerencial conduz as ações voltadas à promoção da saúde e ao desenvolvimento das pessoas na visão da longitudinalidade da Atenção Básica à Saúde (ABS). Sobre esse ponto, Starfield (2004) acrescenta:

(...) 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).

Colocar em prática essas definições e gerir um sistema tão complexo levando em consideração as realidades locais são apenas pequenos pontos que devem ser trabalhados pelo gestor diante de um universo de dificuldades.

Habilitando as equipes da Estratégia Saúde da Família

Os números de implantação das equipes no Brasil, ao mesmo tempo que entusiasma aqueles que acreditam na ESF, causam preocupação, pois a quantidade de equipes pode não garantir a qualidade da assistência.

“Cabe aos prefeitos a decisão política de adotar o PSF. Depois, é preciso vontade política e competência, para implantar o programa.” (Guia Prático do Programa Saúde da Família/PSF, Ministério da Saúde, 2002)

O SUS prevê a autonomia dos municípios na decisão em habilitar ou não equipes da ESF. Por não ser a única forma de se aplicar a Atenção Primária, mas sim uma das formas de desenvolvê-la, a ESF deve ser adotada como uma estratégia que contempla as necessidades locais; assim sendo, a participação social se torna imprescindível na tomada de decisão de adotar ou não a estratégia.

Em virtude do entendimento da comunidade local da importância da ESF para o município e da conscientização da gestão, alguns aspectos devem ser observados, a começar pelas modalidades de equipes possíveis de serem implantadas e suas particularidades. O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, substituída pela Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, define, entre outros itens, as modalidades de Equipes da Estratégia:

Equipe ESF – Modalidade 1

- I. Equipes que estiverem implantadas em municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7 e população de até 50 mil habitantes nos estados da Amazônia Legal e até 30 mil habitantes nos demais estados do país;
- II. Equipes que estiverem implantadas em municípios que integraram o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) e que não estão enquadrados no estabelecido na alínea I deste item;
- III. Equipes que estiverem implantadas em municípios não incluídos no estabelecido nas alíneas I e II e atendam a população remanescente de quilombos ou residente em assentamentos de no mínimo 70 (setenta) pessoas, respeitado o número máximo de equipes por município, publicado em portaria específica.

Equipe ESF – Modalidade 2

- I. São as ESF implantadas em todo o território nacional que não se enquadram nos critérios da Modalidade 1.



Destaque

A mesma Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, define que uma Equipe da Estratégia seja responsável por, no máximo, quatro mil habitantes, sendo a média recomendada de três mil habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para **todos os seus integrantes**, com exceção do profissional médico cuja jornada pode variar entre 20 e 40 horas semanais e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo que estes últimos deverão ser em número suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por Equipe de Saúde da Família.

Além da equipe mínima, o município pode optar em habilitar Equipes de Saúde Bucal para atuar em suas Unidades de Saúde, adotando os seguintes critérios:

I	Equipe de Saúde Bucal Modalidade I , composta por no mínimo um cirurgião-dentista e um Auxiliar de consultório dentário;
II	Equipe de Saúde Bucal Modalidade II , composta por no mínimo um cirurgião-dentista, um Auxiliar de Saúde Bucal e um Técnico de Saúde Bucal
III	Equipe de Saúde Bucal Modalidade III , composta por profissionais das Modalidades I ou II que operam em Unidade Odontológica Móvel.

No Brasil, em janeiro de 2012, segundo o Ministério da Saúde, existiam 4.832 municípios com Equipes de Saúde Bucal implantadas, sendo 24.441 equipes. Destas, apenas 1.692 ou 6,92% são de Modalidade II.

Habilitando Equipes de Saúde Bucal, o município ainda recebe do Ministério da Saúde equipamento odontológico completo (composto por uma cadeira odontológica, um equipo odontológico, uma unidade auxiliar odontológica, um refletor odontológico e um mocho) e um *kit* de peças de mão (composto por um micromotor, uma peça reta, um contra-ângulo e uma caneta de alta rotação), por meio de doação direta ou por repasse de recursos necessários para adquiri-los, sendo:

Modalidade I: um equipo odontológico;

Modalidade II: dois equipos odontológicos (um para uso do Técnico em Saúde Bucal caso haja espaço físico adequado para a instalação do segundo equipo e seja aprovado pelo gestor municipal e estadual).



Saiba mais...

Outro serviço que pode ser implantado e que está regulamentado na Portaria nº 154/GM, de 24 de janeiro de 2008, são os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

As modalidades propostas visam contemplar as necessidades locais e determinam os valores de incentivos financeiros que os municípios recebem quanto às implantações. Os valores sofrem reajustes periódicos, sendo que atualmente os repasses são os seguintes:

Incentivo financeiro para as Equipes da ESF		
Modalidade ESF	R\$ Incentivo ESF/ano	R\$ Incentivo ESF/mês
Mod 1	120.600,00	10.050,00
Mod 2	80.400,00	6.700,00
+ R\$ 20.000,00 Introdutório		

Incentivo Saúde Bucal		
Modalidade	R\$ Incentivo ESF/ano	R\$ Incentivo ESF/mês
Mod I	25.200,00	2.100,00
Mod II	33.600,00	2.800,00
Mod III	56.160,00	4.680,00
50% ESF Mod I (ESB Mod I)	37.800,00	3.150,00
50% ESF Mod I (ESB Mod II)	50.400,00	4.200,00
+ R\$7.000,00 adicional de equipamentos e curso introdutório		

Além disso, para cada Agente Comunitário de Saúde, o Ministério da Saúde repassa um incentivo de R\$ 750,00 (setecentos e cinquenta reais) mensais, e as equipes de NASF também recebem os valores de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) para os NASF de tipo I e R\$ 6.000,00 (seis mil reais) para os NASF de tipo II, de acordo com a Portaria nº 2.489, de 21 de outubro de 2011, que define os valores de financiamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.

Fazendo uma conta rápida, o gestor de um município que pretende implantar a ESF com duas equipes mínimas, Modalidade 2, com cinco ACS cada uma, mais duas Equipes de Saúde Bucal Modalidade II, vai receber mensalmente do Ministério da Saúde, por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o Fundo Municipal de Saúde (FMS), portanto um repasse fundo a fundo, os seguintes valores:

Incentivo	\$ unitário (mês)	Duas equipes (mês)
ESF Modalidade 2	6.700,00	13.400,00
ACS (cinco profissionais)	3.750,00	7.500,00
Saúde Bucal Modalidade II	2.800,00	5.600,00
Total	13.250,00	26.500,00



Saiba mais...

Quer saber quanto seu município recebe de incentivo para a Estratégia Saúde da Família, assim como outros valores de repasses federais para a saúde? Acesse: <http://www.fns.saude.gov.br/Consultafundoafundo.asp>

É importante frisar que os valores repassados pelo Fundo Nacional aos municípios não são nem devem ser a única forma de financiamento da saúde. O gestor local também deve incluir no orçamento municipal o percentual destinado à saúde vindo das fontes de arrecadação de sua cidade. Para regulamentar os percentuais que cada ente da Federação deve investir em saúde, em 2011 foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29. Segundo essa emenda, os estados do país devem destinar 12% do seu orçamento, os municípios 15% e a União o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) do país.

Fica claro, portanto, que o financiamento da saúde não é exclusividade da União e que os gestores locais têm papel fundamental no gerenciamento e na aplicação desses recursos.

Os incentivos que vêm com a Estratégia Saúde da Família não são os únicos que contemplam o bloco de financiamento da Atenção Básica. Os valores da ESF vêm por meio do Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável), que só

é repassado ao município que adota determinadas estratégias (não somente a ESF), daí o termo variável. Mas o gestor também deve ficar atento ao Piso da Atenção Básica Fixo (PAB Fixo), que é calculado multiplicando um valor-base pelo número de habitantes do município. O valor total é dividido em 12 parcelas mensais e repassado diretamente ao Fundo Municipal de Saúde. Todos os municípios brasileiros estão automaticamente habilitados a receber o PAB Fixo; caso adotem a ESF, os valores de PAB Fixo e Variável são somados e os dois valores são depositados no FMS.



Destaque

Apesar dos incentivos ministeriais estarem definidos em Portarias e serem tabelados obedecendo a algumas especificidades regionais, são os municípios que definem a forma de contratação e os salários dos profissionais de saúde. Portanto, é comum encontrarmos municípios com características sociais e estruturas de saúde semelhantes, mas com salários apresentando grandes diferenças entre as duas cidades.

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica de 2011, os gestores devem mensalmente abastecer os registros contábeis e os demonstrativos gerenciais mensais relativos aos recursos repassados pelo FNS. Todos os valores devem ficar à disposição dos Conselhos responsáveis pelo acompanhamento e pela fiscalização, no âmbito dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e dos órgãos de fiscalização federais, estaduais e municipais, de controle interno e externo. Da mesma forma, a prestação de contas dos valores recebidos e aplicados no período deve ser aprovada no Conselho Municipal de Saúde e encaminhada ao Tribunal de Contas do Estado ou Município e à Câmara Municipal.

Ainda com relação aos repasses financeiros, o Ministério da Saúde estabelece algumas regras e, caso seja constatado nos municípios uma das seguintes situações, os repasses são cancelados:

- I. Inexistência de Unidade Básica de Saúde cadastrada para o trabalho das equipes e/ou;
- II. Ausência, por um período superior a 60 dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes de saúde, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica, e/ou;
- III. Descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das equipes; e
- IV. Ausência de alimentação de dados no sistema de informação definidos pelo Ministério da Saúde que comprovem o início de suas atividades.

Implantando a Equipe

Como vimos até agora, a gestão local e os Conselhos de Saúde são os grandes responsáveis pela opção em adotar ou não a Estratégia Saúde da Família. Definida a necessidade, o gestor precisa seguir alguns passos para efetivar a implantação de suas equipes. O primeiro deles é elaborar o Projeto de Implantação da ESF.

O *Guia Prático do Programa Saúde da Família*, documento elaborado pelo Ministério da Saúde em 2002 para auxiliar gestores, profissionais e população no entendimento sobre o funcionamento e a implantação da Estratégia, define quais os elementos essenciais que devem ser contemplados no Projeto de Implantação.

A proposta de implantação da ESF deve prever:

- a adequação física;
- os recursos humanos;
- os equipamentos necessários para garantir que a Unidade Básica de Saúde possa responder aos problemas de saúde das famílias na área sob sua responsabilidade.

A proposta de implantação da ESF deve apontar:

- referência e contrarreferência dos usuários;
- apoio ao diagnóstico laboratorial e de imagem (raios X e ultrassom);
- assistência farmacêutica;
- proposta de gerenciamento do trabalho.

Elaborar a proposta de implantação é tarefa do Município, que, para isso, deve contar com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde. O processo possui várias etapas, sendo que algumas podem ser simultâneas:

- Definir o território a ser coberto, com estimativa da população residente, definição do número de equipes que deverão atuar e com o mapeamento das áreas e microáreas;

- Definir infraestrutura incluindo área física, equipamentos e materiais disponíveis nas UBS onde atuarão as equipes, explicitando o número e o local das unidades onde irão atuar cada uma das equipes;
- Definir ações a serem desenvolvidas pelas equipes no âmbito da Atenção Básica, especialmente nas áreas prioritárias definidas no âmbito nacional;
- Definir o processo de gerenciamento e supervisão do trabalho das equipes;
- Definir forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais das equipes, contemplando o cumprimento da carga horária de 40 horas semanais;
- Implantar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), incluindo recursos humanos e materiais para operá-lo;
- Definir o processo de avaliação do trabalho das equipes, da forma de acompanhamento do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica e da utilização dos dados dos sistemas nacionais de informação;
- Definir a contrapartida de recursos do município.

Passos de implantação da Estratégia Saúde da Família



Organizando a assistência

Toda assistência/atenção prestada ao usuário na ESF tem como base a Unidade de Saúde, que alguns municípios adotaram por chamar de Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) ou Unidade de Saúde da Família (USF). Organizar esse serviço significa trabalhar questões de adequação física, abastecimento de insumos, manutenção, implantação do processo de trabalho, planejamento, monitoramento e avaliação das ações, construção de redes, protocolos, fluxos, elaboração, assinatura e acompanhamento de contratos, processos seletivos, treinamentos e capacitações, entre outros. Esses são aspectos que devem ser planejados, executados ou acompanhados pelo gestor de saúde.

E, então, quais princípios gerenciais devem ser destacados?

O modelo assistencial de Saúde da Família exige um tipo de gerenciamento diferente, humanizado, sensível e dinâmico, embora devamos levar em conta os mesmos itens de uma organização com objetivos a serem atingidos.

Os pressupostos do novo paradigma, entre outros, consideram a integralidade do ser humano, a qualidade de vida e a promoção da saúde.

Importante notar que, na Atenção Básica, trabalharemos enfoques gerenciais, voltados aos conjuntos de dados epidemiológicos, sociais, estruturais, educacionais e de inter-relacionamento pessoal, com vista à emancipação da população e à criação de vínculo.

Esse trecho faz-nos pensar em um gerenciamento humanizado. Começaria pelo enfoque da gestão de pessoas, que significa a utilização de processo de trabalho visando ao desenvolvimento delas, em qualquer nível.

Por outro lado, ressalta-se a especificidade da dinâmica administrativa do gerenciamento de unidades na Estratégia Saúde da Família, que deve ser considerada.

Processo de trabalho

O processo de trabalho se caracteriza pela horizontalidade gerencial, em que são desenvolvidas atividades assistenciais, educativas, burocráticas, gerência de equipe e demais serviços de natureza administrativa.

A horizontalidade gerencial se faz presente pela ausência de níveis hierárquicos, havendo uma preponderância do saber técnico sobre o hierárquico, opondo-se a chefias e verticalidade. Importante comentar que nesse processo de trabalho se definem a macrogestão e a microgestão das equipes.

Essa definição de procedimentos, princípios e ações gerenciais, atendimentos assistenciais e treinamentos de profissionais será acoplada aos princípios do SUS que produzirão, por sua vez, situações ligadas aos pressupostos do gerenciamento, ou seja:



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 meio a interdisciplinaridade e a coordenação das ações de saúde de natureza, assistenciais, clínicas, educativas e gerenciais, atendendo aos indicadores epidemiológicos e sociais da comunidade.” (Lais Helena Domingues Ramos)

“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)

Voltemos, então, ao gerenciamento e discutamos os princípios administrativos que dão a forma concreta das ações, das premissas da ESF e dos princípios do SUS.

Envolvemos também os pressupostos importantes que fazem parte da ESF, como o acolhimento, o vínculo, a demanda organizada e alguns princípios do SUS, como o acesso, a integralidade, a resolutividade, a hierarquização, a regionalização e a descentralização.



Destaque

Lembrem-se de que esses atributos envolvem decisões as quais deverão ser trabalhadas primordialmente com vista a obter o empoderamento das pessoas, sua melhoria de qualidade de vida etc.

A escolha desses princípios deu-se pelo grande significado que têm em relação ao ato de gerenciar, isto é, exigem intervenções de profissionais capacitados, que exerçam a assistência, a gerência e ações educativas provenientes da população de uma UBS.

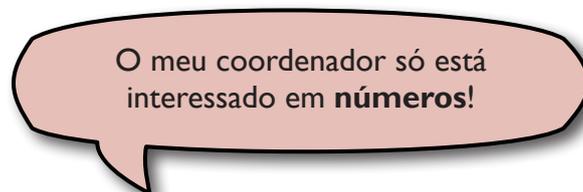
As atribuições dos profissionais que atuam na ESF estão definidas no “Pacto da Atenção Básica 2011”. Esse documento norteia as ações a serem executadas pelos profissionais no gerenciamento da ESF perante sua população cadastrada, possibilitando entender melhor os “papéis” de cada integrante desta equipe, sejam enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliares de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde ou médicos.

Tendo em vista a tentativa de responder a uma situação existente e que não é definida nem nos livros nem nos manuais das UBS, fica clara a visão ampla da atividade gerencial que todo profissional da ESF deve adquirir no sentido de saber equacionar as necessidades desse tipo de atendimento.

Segundo Starfield (2004), as práticas da Atenção Básica devem ser objeto de avaliação, visto ser esse nível de atenção a porta de entrada preferencial do usuário do SUS, responsável pela resolução de grande parte dos problemas apresentados. Obviamente, a qualidade da atenção é uma questão para todos os níveis de serviços de saúde, incluindo os de emergência e a atenção especializada.

Avaliação

Não é raro ouvir de algum colega a seguinte afirmação:



Com certeza, ao elaborar tal frase, o colega deve ter sido cobrado ou abordado por algum dos níveis de gestão do seu município com relação à sua produção ou a algum de seus indicadores. Mas vamos tentar enxergar o que acontece por trás de tal ocorrência?

Na perspectiva da capacidade das práticas de modificarem uma dada situação de saúde, a avaliação dos serviços tem papel fundamental: por um lado associado à possibilidade e às necessidades de intervenções capazes de modificar certos quadros sanitários; e, por outro, diante da verificação das dificuldades enfrentadas por essas mesmas práticas para alterar indicadores de morbimortalidade em outras tantas circunstâncias.

Segundo Duarte (2003), “a análise da situação de saúde é fundamental para informar a tomada de decisão dos gestores, nas diversas esferas de governo, na medida em que traz evidências relevantes para a elucidação de pontos essenciais à ação”. A autora considera também que “a observação criteriosa e sistemática da distribuição dos eventos de saúde constitui-se em elemento fundamental para a compreensão acerca dos fatores, situações, condições ou intervenções modificadoras dos riscos de adoecimento de populações humanas”.

A avaliação dos serviços, portanto, torna-se uma prática constante e necessária não só para o gestor, mas também para as equipes e a sociedade. É através dos indicadores de saúde do município e do resultado das ferramentas de avaliação que a ESF comprova sua capacidade de modificar a realidade, ampliando o acesso, melhorando índices de saúde e atuando diretamente sobre a vida das pessoas, de acordo com a realidade local.

Como podemos perceber, existe uma gama enorme de informações e de dados dos quais os gestores devem se apropriar. O planejamento e a análise de uma gestão em saúde devem estar pautados nessas informações. É necessário, portanto, que esses aspectos sejam debatidos com as equipes e a sociedade. Sendo assim, a disponibilização das informações pela gestão, assim como a efetivação de momentos de discussão e a análise dos dados, se tornam essenciais para a existência de um sistema de saúde local efetivo, abrangente, de qualidade e pautado nas diretrizes do SUS.

O Pacto pela Saúde

O Ministério da Saúde divulgou, em 22 de fevereiro de 2006, a Portaria nº 399/GM, intitulada “Pacto pela Saúde”, com o intuito de consolidar o SUS no país. O Pacto pela Saúde é composto por três componentes:



_Fig. 3 – Pacto pela Saúde

Os Pactos são um compromisso público assumido pelos gestores com ênfase nos princípios constitucionais do SUS e nas necessidades de saúde da população.

Pacto pela Vida

O Ministério da Saúde define o Pacto pela Vida como um reforço no SUS do movimento da gestão pública por resultados, estabelecendo um conjunto de compromissos sanitários considerados prioritários, pactuado de forma tripartite, a ser implementado pelos entes federados. Aponta ainda que esses compromissos devem ser efetivados pela rede do SUS, de forma a garantir o alcance das metas pactuadas. Assinala que prioridades estaduais, regionais ou municipais podem ser agregadas às prioridades nacionais, a partir de pactuações locais. Define ainda que os estados e municípios devem pactuar as ações que considerem necessárias ao alcance das metas e objetivos gerais propostos.

O Pacto pela Vida contempla os seguintes aspectos (Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008):

- I. Atenção à saúde do idoso;
- II. Controle do câncer de colo de útero e de mama;
- III. Redução da mortalidade infantil e materna;
- IV. Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, na hanseníase, na tuberculose, na malária, na influenza, na hepatite e na aids;
- V. Promoção da saúde;
- VI. Fortalecimento da Atenção Básica;
- VII. Saúde do trabalhador;
- VIII. Saúde mental;
- IX. Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência;
- X. Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência;
- XI. Saúde do homem.

Pacto em Defesa do SUS

O Pacto em Defesa do SUS foi apontado na Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008, como um movimento que envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal. A prioridade do Pacto em Defesa do SUS foi:

- implementar um projeto permanente de mobilização social com a finalidade de:
 - mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos;
 - alcançar, no curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, pelo Congresso Nacional;
 - garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde;
 - aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas.

Pacto de Gestão do SUS

Descrito na Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008, o Pacto de Gestão estabeleceu as responsabilidades de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e definir as atribuições, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

Avançou nos aspectos de regionalização e descentralização do Sistema de Saúde a partir das singularidades regionais, descentralizando as atribuições do Ministério da Saúde para os estados e para os municípios, acompanhando a desburocratização dos processos normativos. Reforçou a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional. Reiterou a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação e explicitou as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite: buscando critérios de alocação equitativa dos recursos; reforçando os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integrando em grandes blocos o financiamento federal; e estabelecendo relações contratuais entre os entes federativos.

Responsabilidades da gestão

A Política Nacional da Atenção Básica de 2011 define as responsabilidades dos diferentes níveis de gestão do SUS. Estão divididas em responsabilidades gerais e nos níveis federais, estaduais e municipais. Dentre os diversos aspectos abordados, destacamos:

- o fortalecimento da ESF como modalidade prioritária na organização da Atenção Básica;
- a contribuição financeira tripartite (União, estados e municípios) para a Atenção Básica;
- o estabelecimento dos respectivos planos de saúde, prioridades, estratégias e metas para a organização da Atenção Básica;
- a qualificação, a valorização e a educação permanente da força de trabalho das equipes;
- o uso dos Sistemas de Informação no planejamento, no monitoramento e na avaliação da Atenção Básica;
- o estímulo à participação popular e o controle social.



Saiba mais...

Para saber todas as atribuições dos diferentes níveis de gestão definidos na Política Nacional da Atenção Básica, acesse a Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, disponível no endereço: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.

Gerente de Unidade Básica com Estratégia Saúde da Família

No tocante aos gerentes, estes deverão adquirir um perfil de liderança situacional, cientes do seu papel de dirigir as atividades para desenvolver as pessoas e levá-las a realizar a contento suas responsabilidades no atendimento à população, ao paciente e à família.

O bom andamento dos acontecimentos corre em paralelo às atividades assistenciais e às reuniões administrativas de equipe. É preciso estar a par do diagnóstico da comunidade e do epidemiológico, visando à definição da necessidade da população em relação aos assuntos que requerem planejamento e execução das atividades educativas, assistenciais e gerenciais.

São condições imprescindíveis ao profissional que for gerenciar uma UBS de Saúde da Família:

- saber lidar com uma gama de acontecimentos inesperados com usuários na UBS ou no domicílio;
- relacionar-se com as equipes ampliadas interprofissionais;
- estar a par de procedimentos médicos assistenciais;
- intermediar possíveis conflitos em situações inter-relacionais.

O gerente desempenha o papel de harmonizar o trabalho da equipe multiprofissional, e a ESF deve participar ativamente dos processos de planejamento, a fim de contemplar as necessidades da população e da equipe de trabalho.

A tentativa de descrever o gerenciamento em uma UBS/ESF próximo da realidade do dia a dia não existe em livros de administração. Essa tentativa é fruto de vivência e observação. Destacamos que, nessas equipes, o gerente deverá trazer ou desenvolver um perfil de liderança, conhecer bem os pressupostos da ESF e como alcançá-los junto aos seus funcionários e à população. São requisitos mínimos para obter um ambiente de trabalho humanizado para alcançar a eficiência e a eficácia.

Agradecemos a atenção e esperamos tê-lo ajudado!

Referências

DUARTE, E. C. A informação, a análise e a ação em saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde.*, v. 12, n. 2, p. 61-62, jun. 2003. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000200001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. 2010.

CHIAVENATTO, I. **Gestão de Pessoas**: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

JUNQUEIRA, L. A. P. Gerência dos Serviços de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, set. 1990.

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.

STARFIELD, B. Qualidade dos serviços de atenção primária de saúde. In: _____. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO. (Ministério da Saúde do Brasil, 2004.)

Bibliografia consultada

BRASIL. 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.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1).

GIOVANELLA, L. A. **Longitudinalidade na Atenção Primária: avaliando os modelos assistências do SUS**. Departamento de Administração e Planejamento de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública, 2005.

MANUAL Técnico de Normatização das rotinas e procedimentos de Enfermagem nas UBS. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde. CODEPPS-SP, 2006.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Health Evaluation: Problems and Perspectives. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar., 1994.