

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

RAQUEL NUNES MACHADO

**A COORDENAÇÃO MUNICIPAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E SUA
IMPORTÂNCIA PARA O DESEMPENHO DAS EQUIPES DE SAÚDE
DA FAMÍLIA**

UBERABA – MG

2013

RAQUEL NUNES MACHADO

**A COORDENAÇÃO MUNICIPAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E SUA
IMPORTÂNCIA PARA O DESEMPENHO DAS EQUIPES DE SAÚDE
DA FAMÍLIA**

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.

Orientadora: Prof. Ms. Alcione Bastos Rodrigues

UBERABA – MG

2013

RAQUEL NUNES MACHADO

**A COORDENAÇÃO MUNICIPAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E SUA
IMPORTÂNCIA PARA O DESEMPENHO DAS EQUIPES DE SAÚDE
DA FAMÍLIA**

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

Orientadora: Prof. Ms. Alcione Bastos Rodrigues

Banca Examinadora:

Prof. Ms. Alcione Bastos Rodrigues - Orientadora

Prof. Edison José Corrêa - Examinador

Aprovado em Uberaba: 07 /12/ 2013

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha mãe, exemplo de mulher e de mãe, que foi a maior incentivadora para a realização desse estudo.

Agradeço ao meu pai pelo exemplo de integridade, disposição e trabalho.

Agradeço à minha avó Terezinha que me acolheu em Patrocínio-MG, com muito amor e carinho.

Agradeço a todos que na convivência e apoio fazem parte do meu crescimento pessoal ou profissional.

Agradeço à Cristina, administradora de empresa, que foi exemplo de coordenação de atenção primária, que muito compreendeu a necessidade de habilidades gerenciais para o sucesso do profissional enfermeiro.

Agradeço a Deus pela vida que me deu e me proporciona.

O que você puder fazer ou sonhar que pode, comece.

A audácia tem consigo o gênio, o poder e a mágica.

Goethe

RESUMO

O presente estudo objetiva investigar sobre as competências que devem fazer parte da formação dos profissionais enfermeiros para o desempenho das funções de Coordenador Municipal de Atenção Primária à Saúde. A partir de uma revisão bibliográfica, com uma abordagem qualitativa, pesquisas em bases de dados científicos e técnicos e documentos legais sobre a Atenção Primária através da Estratégia Saúde da Família, e sobre o profissional enfermeiro que é integrante fundamental desse contexto, exercendo cargos de gerenciamento dos serviços de saúde. Apresenta um relato de experiência do profissional enfermeiro enquanto Coordenador Municipal de Atenção Primária à Saúde no município de Patrocínio-MG. O estudo focaliza também, os princípios da Atenção Básica à Saúde e as responsabilidades do gestor local no Sistema Único de Saúde, que tem se consolidado na Atenção Primária através da Estratégia Saúde da Família. Aborda a questão sobre o profissional enfermeiro que, juntamente com o desempenho de suas funções, muitas vezes precisa exercer cargos de gerenciamento dos serviços de saúde. O estudo, ao descrever características do SUS e as atribuições do coordenador, identifica princípios para o desenvolvimento de habilidades de gerenciamento, que estão ausentes da formação do enfermeiro. Concluiu-se que as atribuições para o gestor local do sistema de Saúde devem ser divulgadas e incluídas na formação dos enfermeiros, para que elas sejam de fato desenvolvidas e contribuam para o bom desempenho das equipes de Saúde, contribuindo também para serviços de saúde qualificados e fortalecidos, beneficiando em sua totalidade o Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Gestão em Saúde. Sistema Único de Saúde. Administração de serviços de saúde.

ABSTRACT

This study aims to investigate the skills that should be part of the training nurses to perform the duties of Coordinator Municipal Primary Health Care From a literature review, with a qualitative approach, through scientific databases and technical and legal documents on Primary through the Family Health Strategy, and on the professional nurse who is a member of this crucial context, exercising positions of management of health services. Presents an experience report of the professional nurse as Municipal Coordinator of Primary Health Care in the municipality of Sponsorship-MG. The study also focuses on the principles of primary health care and the responsibilities of the local manager in the National Health System, which has been consolidated in Primary Care through the Family Health Strategy. Addresses the question of the professional nurse who, along with the performance of their duties, often need to occupy positions of management of health services. The study, to describe characteristics of the NHS and the tasks of the coordinator identifies principles for the development of management skills, which are absent from the training of nurses. It was concluded that the assignments to the local manager of the health system should be disclosed and included in the training of nurses, so that they are in fact developed and contribute to the good performance of health teams, contributing to qualified health services and strengthened, benefiting in its entirety the Unified Health System.

Keywords: Primary Health Care. Health management. Unified health system. Health Services Administration.

LISTA DE SIGLAS

Atenção Primária à Saúde – APS

Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS

Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN

Estratégia Saúde da Família – ESF

Sistema de Cadastramento e Acompanhamento do Hipertenso e Diabético –
HIPERDIA

Normas Operacionais Básicas - NOB

Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS

Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS

Sistema de Informação do câncer do colo do útero – SISCOLO

Sistema de Acompanhamento do programa de Humanização no Pré-Natal e
Nascimento – SISPRENATAL

Sistema Único de Saúde – SUS

Unidade Básica de Saúde - UBS

Unidades de Atenção Primária à Saúde – UAPS

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVOS	14
3.1 Objetivo geral	14
3.2 Objetivos específicos	14
4 METODOLOGIA	15
5 REVISÃO DE LITERATURA	16
5.1 O Sistema Único de Saúde: diretrizes e competência	16
5.2 A Gestão do Sistema Único de Saúde	18
5.3 A importância do desenvolvimento de competências gerenciais na formação do profissional enfermeiro	21
5.4 A Atenção Primária à Saúde e sua coordenação municipal.....	24
6 CONCLUSÃO	31
REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

A escolha do tema deveu-se a uma experiência pessoal de Coordenação Municipal de Atenção Primária, vivenciada no município de Patrocínio – MG, no período de 2007 a 2011.

O município de Patrocínio, que segundo dados do censo demográfico – estimativa 2013 – apresentou aproximadamente, 87.000 habitantes (IBGE, 2013), está localizado no Triângulo Mineiro, estado de Minas Gerais. Dista 154 quilômetros do município de Uberlândia-MG, onde se encontra a Gerência Regional de Saúde¹. No ano de 2011 contava com 20 equipes de saúde da família, totalizando uma cobertura de 83% para a Estratégia Saúde da Família (ESF)² e 12% para o Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS)³.

A Secretaria Municipal de Saúde de Patrocínio, além de demais setores ligados à Saúde, contava com um Coordenador de Vigilância Sanitária e um Coordenador de Vigilância Epidemiológica e seus assessores. Em 2007, quando iniciei o trabalho na Secretaria de Saúde, o município contava com uma Coordenadora de Atenção Primária à Saúde, graduada em Administração de Empresas, que possuía grande competência gerencial e facilidade de comunicação.

¹ As Gerências Regionais de Saúde – GRS do Estado de Minas Gerais, identificadas pela Resolução SES Nº 0811, de 30 de dezembro de 2005, são núcleos de administração regional da Saúde, que têm por finalidade garantir a gestão do Sistema Estadual de Saúde nas regiões do Estado, assegurando a qualidade de vida da população. Disponível em:
<http://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/page/207-superintendencias-regionais-de-saude-srse-gerencias-regionais-de-saude-grssesmg>

² A Estratégia Saúde da Família, regulamentada pela Portaria Nº 648/GM, de 28 de março de 2006, é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Tem como objetivo garantir à população acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade. Equipes de profissionais são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, atuando com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. Disponível em:
<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>

³ O Programa de Agentes Comunitário de Saúde – PACS, regulamentado pela Portaria Nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997, tem por finalidade contribuir no aprimoramento e na consolidação do Sistema Único de Saúde, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar. O Agente Comunitário de Saúde, que tem seu exercício profissional regulamentado pela Lei nº 10.507/2002, deve desenvolver atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde, através de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na Comunidade. Disponível em:
<http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/21_Portaria_1886_de_18_12_1997.pdf>.

Em muitos municípios essa coordenação é realizada por enfermeiros. Meu trabalho enquanto enfermeira foi integrar a Coordenação de Atenção Primária. Juntamente com a referida administradora, desenvolvia serviços de Educação em Saúde, metas relacionadas ao SISCOLO, SISPRENATAL, HIPERDIA, e ao Pacto de Atenção Primária de Saúde.

Nessa experiência foi possível perceber o quanto os enfermeiros precisam, enquanto gerentes de serviços de saúde, dispor de conhecimentos teóricos e práticos de administração, comunicação e liderança, visto que tais competências são essenciais ao êxito do trabalho. Neste sentido a formação do enfermeiro deve contemplar conteúdos compatíveis com desenvolvimento de liderança e coordenação de equipes de trabalho de atenção à saúde (SILVA, 2009).

Durante a vivência acadêmica não tive oportunidade de realizar estágios na função de gestora, coordenando Unidades de Atenção Primária ou outros cargos afins. Esta experiência, de grande importância, deveria compor a prática acadêmica. No entanto, apenas quando a função de chefia é dada ao enfermeiro, é que realmente é possível sentir o peso da responsabilidade de gerenciar uma equipe. As teorias administrativas, a observação crítica e o desenvolvimento de atitudes gerenciais se fazem indispensáveis para uma boa formação e exercício profissional da enfermagem.

Jonas, Rodrigues e Resck (2011) definiram o perfil gerencial como um conjunto de atitudes, aptidões e habilidades mediante as quais o enfermeiro desenvolve a gestão dos serviços de enfermagem ou de serviços de saúde. Estes autores citaram a liderança, a motivação, a comunicação, a capacidade para lidar com conflitos, o conhecimento técnico-científico para avaliar e identificar as necessidades de saúde da população e também a ética como pontos fundamentais que devem estar presentes na gerência.

O enfermeiro recém-formado em exercício depara-se frente a frente com a ausência de conhecimentos básicos sobre liderança. Dessa forma, depara-se com dificuldades em diversas áreas como: exercer autoridade, comunicar-se com clareza e de forma neutra, gerenciar o trabalho do técnico de enfermagem e de agentes comunitários de saúde, lidar com a autoridade médica, trabalhar em equipe, gerenciar os recursos humanos, além de planejar e delegar funções. Soma-se ainda a essa diversidade de funções, a difícil missão de alcançar inúmeros resultados/metast e manter a ordem na unidade de saúde. De acordo com as

Diretrizes Curriculares Nacionais (DNC) do curso de graduação em Enfermagem (BRASIL, 2001, p. 37):

O Enfermeiro deve possuir, também, competências técnico-científicas, ético-políticas, sócio-educativas contextualizadas que permitam: responder às especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente, em níveis de promoção, prevenção e reabilitação à saúde, dando atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades; reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem; assumir o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional em saúde.

Com o intuito de exemplificar as situações que ocorrem, é importante relatar uma experiência vivenciada durante o período de 2007 a 2011, quando da implantação e realização do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde no município. (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2008, livro 1). Esse curso foi realizado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e em nível regional pelas Gerências Regionais de Saúde. O Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde é composto por 10 módulos – livros e encontros presenciais contando com a participação de profissionais integrantes das equipes de saúde da família dos municípios pertencentes a uma mesma Gerência Regional de Saúde. O Plano Diretor objetivava uma reorganização dos processos de trabalho, visando o fortalecimento da Atenção Primária e a redução de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, ou seja, resultam de um conjunto de condições que, quando devidamente tratadas pelo serviço básico de saúde, não deveriam exigir hospitalização.

Posteriormente a cada encontro ou módulo, o profissional aluno é orientado a realizar trabalhos teóricos e práticos, e no próximo módulo apresentar os resultados alcançados.

O Plano Diretor, naquele período, junto às demais atribuições que nós, coordenadoras municipais de ESF já possuíamos, nos mostrou o quanto é necessário planejamento e habilidades em gerenciamento para se conseguir cumprir os prazos de trabalhos e metas exigidos pelas instâncias de nível regional e federal de saúde. Alguns municípios não conseguiam implantar os instrumentos propostos pelo Plano Diretor, pois seus Coordenadores de Atenção Primária à Saúde se deparavam com dificuldades de comunicação, planejamento, poder de ação, recursos físicos indisponíveis, sobrecarga de trabalho e incapacidades gerenciais.

O Sistema Único de Saúde têm se consolidado na Atenção Primária à Saúde através da Estratégia Saúde da Família, e traz na essência a necessidade de mudança do modelo assistencial, baseando-se na promoção de saúde e prevenção de doenças. Em geral, são mais frequentes doenças e agravos que necessitam de serviços mais simplificados para a sua prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento do que aqueles que necessitam de ações mais complexas (MATTOS, 2007).

O Coordenador Municipal de Atenção Primária possui um papel de extrema importância para o bom desempenho das equipes de forma integrada, interligada, com troca de experiências ricas e válidas entre as equipes proporcionando o alcance de metas claras, bem definidas e, por conseguinte, trazendo resultados concretos e avanços contínuos da Atenção Primária do Município, tornando possível inclusive o recebimento de incentivos financeiros para o setor.

2 JUSTIFICATIVA

Frequentemente, os enfermeiros enfrentam dificuldades diversas como exercer autoridade, comunicar-se com clareza e de forma neutra, avaliar o trabalho do técnico de enfermagem e de agentes comunitários de saúde, visto que a habilidade de liderança nem sempre faz parte das habilidades e competências que devem desenvolver durante a sua formação.

Também podem se deparar com problemas de relacionamento interpessoal junto à equipe, diante da necessidade de cobrar resultados e manter a ordem na unidade de saúde.

Este estudo mostra-se relevante frente a estas questões e à escassez de referencial teórico relacionado ao papel do enfermeiro como Coordenador Municipal da Atenção Primária e/ou gerente de uma Unidade de Saúde da Família.

Desta forma, torna-se fundamental a análise de características de liderança que devem fazer parte da formação e perfil de enfermeiros coordenadores, a percepção de como este perfil é atribuído ao coordenador; e de que forma essa coordenação eficaz pode tornar mais possível o alcance de metas e o cumprimento das diversas atribuições dos integrantes da ESF de forma mais satisfatória, digna e humanizada.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Rever e registrar as competências que devem fazer parte da formação dos profissionais enfermeiros para o desempenho das funções de Coordenador Municipal de Atenção Primária à Saúde.

3.2 Objetivos específicos

- Elencar e analisar as competências atribuídas às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal no que se refere às responsabilidades dos gestores dos sistemas locais de saúde;
- Identificar os princípios da Atenção Primária e associá-los às competências que devem ser assumidas pelo coordenador municipal de Atenção Primária à Saúde para a promoção do desempenho adequado da ESF;
- Focalizar a importância do desenvolvimento de competências gerenciais na formação do profissional enfermeiro.

4 METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi a revisão narrativa de literatura que, numa abordagem qualitativa, se apresenta mais apropriada para descrever a história ou o desenvolvimento de um problema e seu gerenciamento, bem como para estimular a discussão sobre um determinado assunto, do ponto de vista teórico ou contextual, além de possibilitar o estabelecimento de analogias. E de acordo com a publicação Revisão [...] (2007), por integrar áreas de pesquisa independentes tem como objetivo promover um enfoque multidisciplinar.

A revisão bibliográfica foi realizada através de embasamento em artigos científicos obtidos nas fontes LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Scientific Electronic Library on-line (SciELO), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) e Biblioteca Virtual do Nescon⁴; publicações do Ministério da Saúde e literatura sobre liderança, selecionada a partir do tema proposto e publicada nos principais periódicos de enfermagem do país, no período de janeiro de 2003 a setembro de 2013.

Foram utilizados os seguintes descritores da pesquisa: Atenção primária à saúde. Gestão em Saúde. Sistema Único de Saúde. Administração de serviços de saúde. Estes descritores foram utilizados separadamente, como também nas várias combinações possíveis, buscando, assim, filtrar artigos e documentos do Ministério da Saúde compatíveis com o assunto proposto no título deste trabalho.

Após a leitura dos textos selecionados realizei uma resenha buscando focalizar os objetivos deste estudo.

Além do desenvolvimento da resenha, e introduzindo de forma contextualizada o tema proposto, foi relatada a experiência profissional pessoal, como Coordenadora Municipal de Atenção Primária à Saúde, vivenciada no município de Patrocínio-MG, o que constitui a metodologia deste trabalho de conclusão de Curso de Especialização.

⁴ O NESCON – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, é um órgão complementar da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, criado em 1983 e reativado em 1986. Pelas experiências acumuladas, vem se caracterizando como uma das instâncias de cooperação na organização de serviços de saúde no Brasil, atuando institucionalmente nas atividades de pesquisa, assessoria e formação de recursos humanos na área da Saúde. Disponível em: < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/>>.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 O Sistema Único de Saúde: diretrizes e competências

A Constituição federal brasileira, promulgada em 1988, tornou o acesso gratuito à saúde um direito de todos os cidadãos (BRASIL, 1988). A consolidação deste princípio se deu com a Lei 8.080/90, Título II, Art. 4º, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990), a ser adotado em todo país, com comando único em cada esfera de governo, tendo o Ministério da Saúde como gestor em âmbito nacional. E o Art. 7º Inciso I, da referida Lei estabelece, entre os princípios do SUS, a “[...] I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; [...]”.

Desta forma, um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

O § 1º do Art. 4º também dispõe que cabe às instituições públicas federais, estaduais e municipais o controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos e medicamentos, inclusive de sangue hemoderivados, e equipamentos para saúde. E que: “[...] § 2º A iniciativa privada poderá participar do SUS, em caráter complementar” (Ibidem).

Nas diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição federal, a organização do SUS obedece ainda a princípios organizativos e doutrinários, dentre eles, o que diz respeito à Descentralização Político-Administrativa com direção única em cada esfera de governo.

Os fundamentos jurídicos e normativos da descentralização do SUS foram constituídos desde o início do processo de implantação por normas e leis, sendo as principais: Constituição Federal de 1988; Lei Orgânica da Saúde nº 08080/90; Lei nº 8.142/90⁵; Normas Operacionais Básicas (NOB)⁶, publicadas em 1991, 1993 e 1996;

⁵ A Lei nº 8.142/90, regulamenta a participação da comunidade na gestão do Sistema único de Saúde – SUS, e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde. Disponível em: <http://www.mpba.mp.br/atuacao/saude/auditoria/controle/lei_8142_90.pdf>.

⁶ As Normas Operacionais Básicas, publicadas periodicamente, têm por finalidade promover e consolidar os princípios do SUS, através do pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à Saúde da população dos municípios, e redefine as responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/index.htm>>.

Emenda Constitucional nº 29/2000; Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS)⁷, publicada em 2001 (NOAS/SUS 01/01), revista e publicada em 2002, a qual se encontra atualmente em vigor (BRASIL, 2002).

Desde a sua instituição pela Lei 8080/90, o SUS tem se destacado pelo significativo avanço obtido em vários aspectos, principalmente no que se refere à universalização da assistência; e também em decorrência do importante processo de descentralização de responsabilidades, atribuições e recursos da esfera federal para estados e municípios. Porém, somente vinte anos após a sua criação é que a Lei nº 8.080 foi regulamentada pela publicação do Decreto nº 7.508 em 28 de junho de 2011. Este decreto tem o importante papel de regular a estrutura organizativa do SUS, o planejamento de saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e vários outros aspectos, tão necessários a sua consolidação e melhoria permanente (BRASIL, 2011).

Dessa forma, o referido decreto visa dar mais transparência à estrutura do SUS, com a finalidade de garantir maior segurança jurídica na fixação das responsabilidades dos entes federativos, para que o cidadão possa, de fato, conhecer as ações e os serviços de saúde ofertados nas Regiões de Saúde e organizados em redes de atenção à saúde (Ibidem).

Em seus quase trinta anos de criação, é incontestável que o SUS já tenha evoluído e alcançado diversas melhorias, embora seja um sistema que traz em si grande complexidade frente à sua proposição de garantir o direito à saúde, imprescindível para assegurar o direito à vida para uma nação de mais de 190 milhões de habitantes (BRASIL, 2011; VIANA *et al.*, 2008).

Trata-se de uma entidade, com direção federativa e com financiamento tripartite e gestão participativa – democracia participativa. O SUS é, assim, considerado a maior política pública inclusiva da atualidade (BRASIL, 2006a; BRASIL 2011).

Com o propósito de tornar possível o acesso à saúde pública para uma população tão numerosa, faz-se necessário dividir responsabilidades para a gestão

⁷ As Normas Operacionais da Assistência à Saúde, visam promover uma integração de ações entre as três esferas de governo, desencadeando um processo de descentralização intenso, transferindo para os estados e, principalmente, para os municípios, um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do Sistema Único de Saúde, antes concentradas no nível federal. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>.

estadual e municipal, sendo que, por sua vez, a gestão municipal também deve distribuir responsabilidades de cuidados à saúde para os níveis locais (MATTOS, 2007; VIANA *et al.*, 2008).

Na divisão de responsabilidades para a gestão municipal, cada área delimitada de um município – área de abrangência do Centro de Saúde – deve ter uma unidade de saúde de referência para atendimento, e uma equipe de profissionais de saúde para proporcionar acolhimento, cuidados primários, promoção de saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 2008).

Atualmente o SUS têm se consolidado na Atenção Primária através da Estratégia Saúde da Família (ESF), que traz na sua essência a necessidade de mudança do modelo assistencial, baseando-se na promoção de saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 2006b).

Analisando primeiramente nesse aspecto, de tornar a saúde pública mais próxima aos cidadãos, a ESF, através das Equipes e Unidades de Saúde, é uma realidade de sucesso sem volta. Trata-se uma conquista que deve ser valorizada e respeitada pelos brasileiros (BRASIL, 2008).

5.2 A Gestão do Sistema Único de Saúde

Desde o processo de implantação a gestão do SUS tem sido orientada pelas Normas Operacionais Básicas (NOB). O conteúdo destes documentos é definido de forma compartilhada entre o Ministério da Saúde e os representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Abordam as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios possam assumir as novas posições no processo de implantação e gestão do SUS (SÃO PAULO (Estado), s.d).

Nos anos que se seguiram, várias outras portarias foram publicadas, dentre elas a Portaria 2023/GM, de 23 de setembro de 2004 que traz também novas alterações quanto à gestão do SUS e estabelece que os pleitos dessa modalidade de gestão devam observar as determinações da NOAS/SUS 2002 (BRASIL 2004).

Em 22 de fevereiro de 2006, com a publicação da Portaria 399/GM definiu-se um termo de compromisso de gestão, substituindo o atual processo de habilitação.

O Art. 2º aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS com seus três componentes: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, na forma do Anexo II da Portaria (BRASIL, 2006a).

O compromisso público da construção do Pacto pela Saúde articulando e integrando os três componentes foi assumido pelos gestores comprometendo-se que este Pacto será anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS e com ênfase nas necessidades de saúde da população, na perspectiva de superar dificuldades apontadas (Ibidem). Estas prioridades são expressas em objetivos e metas e estão detalhadas no documento Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde.

De acordo com a Portaria Nº 399/GM, o componente Pacto pela Vida prioriza as ações no campo da saúde a serem executadas, com foco em resultados e com a explicitação precisa dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance dos resultados.

O componente Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como uma política de Estado, mais do que política de governos. Os princípios básicos da instituição do SUS, inscritos na Constituição federal são vigorosamente reforçados.

O componente Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado, de forma a diminuir as competências concorrentes e tornar mais claras as atribuições de cada um dos atores, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS (BRASIL, 2006a).

Segundo Trevisan e Junqueira (2007, p. 899):

Ações intersetoriais, ao lado da maior participação da população no processo decisório, é o ponto de partida obrigatório. Incentivar responsabilidade implica uma relação de poder, essencialmente compartilhada entre instâncias do Estado e delegação de poder para o que se deve chamar de instância comunitária. Este processo de divisão decisória é, obviamente, complexo e só funcionará se estritos limites de delegação de poder forem bem definidos e respeitados. O nome dessa arquitetura de distribuição de poder, em nome do resultado final, é “pacto de gestão”. Sem ele, os tomadores de decisão, seja em que instância for, perdem a visão integral da saúde, do sistema e o respeito pelo cidadão que precisa de assistência da rede pública de saúde. Integralizar as ações do sistema é, exatamente, construir o “pacto de gestão”⁸.

⁸ Grifo da autora.

O Pacto pela Saúde é, pois, um compromisso assumido pelos gestores e traz em seu bojo, além das diretrizes já evidenciadas, outras mudanças significativas.

Destacam-se a Regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de Descentralização; a Integração das várias formas de repasse dos recursos federais; a Unificação dos vários pactos hoje existentes e a prioridade em “[...] consolidar e qualificar a Estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS” (BRASIL 2006a, p. 2).

Os princípios e as diretrizes propostos nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão trouxeram para a Atenção Básica de Saúde (ABS), bem como, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) a necessidades de adequações às normas do pacto. Considerando a grande expansão da ESF, sua abrangência nacional e experiência acumulada nos diversos estados e municípios em todo o país, bem como a sua estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica, foi publicada em 28 de março de 2006 a Portaria 648/GM que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2006b).

No presente capítulo não houve a pretensão de direcionar o enfoque especificamente para a área de Gestão ou Gerência frente à definição de cada um destes termos abordados no Anexo IX da Portaria 699/GM de 30 de março de 2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão (BRASIL, 2006c). De acordo com esta Portaria é considerado:

Gestão: Atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde – municipal, estadual ou nacional, mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, regulação, controle, avaliação e auditoria, gestão do trabalho, desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias, dentre outras e, Gerência: Administração de uma unidade ou órgão de saúde (unidade básica de saúde, hospital, instituto, fundação, etc.), que se caracteriza como prestador de serviços no Sistema único de Saúde.

Neste sentido, a abordagem, embora não esgote o assunto, inclui uma diversidade de normas e orientações que retratam os principais desafios colocados para todo profissional, dentre os quais o enfermeiro, fazendo parte dos diversos níveis de gestão em Atenção Básica de Saúde.

5.3 A importância do desenvolvimento de competências gerenciais na formação do profissional enfermeiro

Nos capítulos anteriores a abordagem se refere ao contexto do SUS, cujas diretrizes se baseiam no direito de acesso à saúde para todos os brasileiros, e nos princípios da Equidade e Integralidade da atenção à saúde e da Universalização do atendimento, que têm a municipalização como meio para consolidar a descentralização do SUS.

Vários documentos ministeriais foram estudados, os quais apontam para as competências e responsabilidades dos gestores municipais, no sentido de garantir a eficácia, efetividade e resolutividade do sistema de saúde em seu território.

A Portaria 648 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b), referente à Política Nacional da Atenção Básica destaca a ESF como prioritária na organização das ações e porta de entrada para o SUS. Aponta que os gestores dos sistemas locais de saúde são responsáveis pelo cumprimento dos princípios gerais de Atenção Básica, pela organização e execução das ações em seu território e traz ainda as atribuições mínimas dos enfermeiros da ESF. São atribuições de suma importância para a implementação da estratégia como tática de reorganização do primeiro nível de atenção à saúde (SILVA, V. G.; MOTTA, M. C. S.; ZEITOUNE, R. C. G, 2010).

A identificação do enfermeiro com a área gerencial está inserida no contexto histórico da prática de enfermagem no Brasil, pois o modelo médico-assistencial privativo direcionou a prática deste profissional para a supervisão e para a administração nas unidades hospitalares, tendência também seguida na Saúde Pública (Ibidem).

O exercício profissional da enfermagem é regulamentado pela lei 7.494/86 (BRASIL, 1986). O artigo 11 confere ao enfermeiro, em caráter privativo, a direção de órgãos de enfermagem integrantes da estrutura básica das instituições de saúde pública ou privada, e a chefia de serviços e de unidades de enfermagem. E, ainda como integrante da equipe de saúde participando no planejamento, execução e avaliação de programas e planos assistenciais de saúde.

Atualmente os enfermeiros têm se destacado na ocupação de cargos que implicam em processos de tomada de decisões, ou que lhes imponham a necessidade de responder pela formulação e implementação das políticas de saúde no âmbito estadual e local. Dentre estes cargos destacam-se aqueles relacionados à

coordenação, planejamento, gerência e direção de unidades, tais como, Unidade Básica de Saúde (UBS), Coordenação de Programas de Saúde e outros cargos ligados à gestão em Saúde Pública (PASSOS; CIOSACK, 2006).

Medeiros e Peres (2011) abordam a formação do enfermeiro com ênfase na gestão da atenção básica; e destacam a importância de as instituições de ensino abrangerem em seus currículos os conteúdos necessários para instrumentalizar estes profissionais, para atuarem de acordo com os princípios e diretrizes que regem a organização da saúde no Brasil. Destacam também que:

A Enfermagem foi o primeiro segmento da saúde a avançar na discussão sobre a formação profissional para a atuação no SUS, sobretudo a partir dos encaminhamentos de propostas dos Seminários Nacionais sobre as Diretrizes Curriculares para o Ensino de Enfermagem (SENADEn). Como resultados, foram apontados caminhos para as mudanças na formação do enfermeiro voltada à atuação no sistema de saúde, priorizando as práticas de promoção e prevenção (MEDEIROS; PERES, 2011, p. 28).

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde publicou, em 2004, o documento Aprender o SUS: o SUS e os Cursos de Graduação da Área da Saúde. Este documento, que tem como objetivo ampliar a qualidade da atenção à saúde da população brasileira, promovendo mudança na formação dos profissionais de saúde no âmbito do ensino de graduação pondera que:

O cotidiano de relações da atenção e da gestão setorial e a estruturação do cuidado à saúde deveriam se incorporar ao aprender e ao ensinar, formando para a área da saúde, mas formando para o SUS. A *formação*⁹ não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos, mas a busca do desenvolvimento de condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de *políticas do cuidado*¹⁰ (BRASIL, 2004).

Embora o processo de formação em saúde se aproxime cada vez mais das diretrizes do Sistema Único de Saúde (MEDEIROS e PERES, 2011), o desenvolvimento das competências e habilidades do enfermeiro, para a atuação gerencial exigida pelo panorama atual do trabalho em saúde, ainda deixa a desejar.

⁹ Grifo do autor.

¹⁰ Grifo do autor.

Isto porque a formação oferecida pela maioria das escolas de enfermagem ainda acompanha a tendência tecnicista da prática profissional. Neste sentido o desenvolvimento da competência do enfermeiro para a ação gerencial é uma tarefa que pode ser considerada complexa (WEIRICH *et al.*,2009).

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem têm, entre os objetivos da formação do enfermeiro, dotar o profissional de conhecimentos necessários para o desenvolvimento de competências e habilidades gerais e específicas que estão relacionadas à gestão e ao planejamento em saúde.

Fazendo uma reflexão sobre a formação do enfermeiro e os conteúdos curriculares necessários para aquisição de competências e habilidades para o planejamento e a gestão em saúde, Jorge (2012) analisa as DCN.

O autor verificou que, para a aquisição de competências e habilidades para a Gestão e Planejamento em saúde, é importante a inclusão desses conteúdos, especificamente nos currículos dos cursos de graduação em enfermagem. Mas primeiramente se faz necessário, “[...] a sensibilização do corpo discente e docente para o tema, de forma que passe a ser reconhecidamente importante [...], tornando-se estimulante para professores e alunos” (JORGE, 2012, p. 1226).

Essas competências e habilidades devem ser destacadas ainda na contribuição para o movimento de transformação da formação dos enfermeiros, como sujeitos na construção de um novo modelo de atenção voltado para o SUS, capaz de atender às reais necessidades de saúde da população. Neste sentido vale destacar os seguintes objetivos: os profissionais devem estar aptos a serem gestores, empregadores ou exercer liderança nas equipes de saúde; reconhecerem-se como coordenadores do trabalho da equipe de enfermagem; gerenciar o processo de trabalho em enfermagem com princípios de ético-bioética, com resolutividade, tanto no individual como coletivo, em todos os âmbitos de atuação profissional; reconhecerem o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde (AARESTRUPI; TAVARES, 2008).

5.4 A Atenção Primária à Saúde¹¹ e sua coordenação municipal

A terminologia Atenção Primária à Saúde (APS) tem o mesmo significado que Atenção Básica de Saúde (ABS) (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2007), conforme adotada pelo Ministério da Saúde. A expressão APS vem sendo utilizado em alguns documentos e eventos do próprio Ministério da Saúde e também por alguns autores (SHIMAZAKI, 2009; GIL, 2006); e pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

O CONASS (2004 *apud* SHIMAZAKI, 2009, p. 3), define:

[...] a Atenção Primária é um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio de exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) bem delimitados, das quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A Atenção Primária deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento das doenças e a redução dos danos ou sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável.

E para Starfield (2002 *apud* SHIMAZAKI, 2009, p. 3),

A Atenção Primária é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros.

A ESF explicita a proposta estruturante destes referenciais como também do que se refere à Atenção Básica de Saúde permeando a organização dos sistemas locais de saúde (GIL, 2006).

Como o enfermeiro é considerado um componente ativo da ESF (SILVA, V. G; MOTTA, M. C. S.; ZEITOUNE, R. C. G, 2010) espera-se que possua as

¹¹ Segundo Mendes (2011) a institucionalização da APS do SUS como estratégia de saúde da família – ESF significa dois grandes movimentos de mudanças: a superação do ciclo da atenção básica à saúde pelo ciclo da atenção primária à saúde e a consequente superação do programa de saúde da família (PSF) pela consolidação da estratégia de saúde da família (ESF). MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

competências atribuídas aos gestores dos sistemas locais de saúde conforme preconizadas na Portaria 648/GM (BRASIL, 2006b).

Embora seja necessário, não identifiquei, com a realização deste trabalho, referências nas quais consta, especificamente descrita, a atribuição do Coordenador Municipal de Atenção Primária. Em publicações do Ministério de Saúde, esse profissional, por competência, deve entender claramente suas responsabilidades relatadas em documentos, publicações, portarias e leis que dizem respeito à Gestão da Saúde Pública, Princípios do SUS, Guia Prático do Programa Saúde da Família, Política Nacional de Atenção Básica, Pactos pela Saúde, bem como publicações do Plano Diretor de Atenção Primária.

O texto de apoio da Oficina 2 do Programa de Implantação do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde – A Atenção Primária à Saúde (ESPMG, 2008) indica que a APS deve ser orientada pelos seguintes princípios (STARFIELD, 2002 *apud* ESPMG 2008): primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação; abordagem familiar; enfoque comunitário. E pelo estudo e interpretação destes princípios identifiquei algumas das atribuições do coordenador municipal de Atenção Básica de Saúde descritas a seguir:

Primeiro Contato – A APS deve ser a porta que facilita o acesso do usuário para o sistema de saúde. Dessa forma, a coordenação de APS precisa:

Desenvolver meios de divulgar ao cidadão sobre a forma de acesso aos serviços de saúde, de maneira que o usuário conheça o funcionamento do sistema para utilizá-lo de acordo com o proposto; e que o primeiro contato seja a unidade de saúde e a equipe de saúde da família.

Longitudinalidade – deriva da palavra longitudinal e é definida como “lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos no decorrer de um período de anos” (STARFIELD, 2002 *apud*. ESPMG, 2008). Dessa forma a coordenação da APS precisa:

Garantir o cumprimento das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, de acordo com as especificidades para as diferentes faixas etárias em todas as equipes de saúde da família, tais como: ações e metas para o SISPRENATAL, acompanhamento nutricional das crianças, ações para a saúde do adolescente em parceria com as escolas, planejamento familiar, ações e metas para o SISCOLO

com análise da periodicidade dos exames de Papanicolau realizadas nas mulheres de risco da área de abrangência, ações para saúde do homem, grupos para hipertensos e diabéticos, e também ações voltadas para a saúde do idoso.

Integralidade da atenção – a APS deve reconhecer as necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las. A integralidade da atenção assegura que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde da população. Dessa forma a coordenação de atenção primária precisa:

Padronizar e divulgar instrumentos para realização de diagnósticos locais pelas equipes de saúde, agrupar dados para a realização periódica do diagnóstico municipal, visando o diagnóstico adequado da situação de saúde da população adscrita, objetivando o planejamento de ações de saúde de acordo com as necessidades da comunidade.

Coordenação – é um “[...] estado de estar em harmonia numa ação ou esforço comum [...]” (STARFIELD, 2002, p.365 *apud* ESPMG). Possibilita informações entre profissionais das equipes de APS e especialistas sobre o atendimento dos usuários nos diversos pontos de atenção para a continuidade do cuidado. Dessa forma a coordenação da APS precisa:

Verificar como esta estabelecida a comunicação entre os pontos de atenção buscando promover a referência e contra referência.

Centralização na família – refere-se à reorientação do modelo assistencial onde a equipe de saúde faz a associação entre o usuário e sua família. É um requisito básico com relação ao usuário e fundamenta-se no respeito à realidade e suas crenças.

“A família é o conjunto de pessoas, ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, que residem na mesma unidade domiciliar. Inclui empregado (a) doméstico (a) que reside no domicílio, pensionista e agregados” (BRASIL, 2001, p.11).

Dessa forma a coordenação da APS precisa:

Garantir junto à equipe de saúde da família se os cadastros estão sendo devidamente realizados, valorizando o trabalho do agente comunitário de saúde,

promovendo a conscientização sobre a importância de identificar a presença ou surgimento de doenças crônicas ou agudas nas famílias, facilitando a investigação ou intervenção quando necessário e propiciando o vínculo entre a equipe de saúde e as famílias da sua área de abrangência.

Orientação comunitária – a APS utiliza a caracterização e identificação dos problemas da comunidade, habilidades clínicas, epidemiológicas e ciências sociais para adequar, modificar ou complementar os programas, visando atender às necessidades específicas de saúde de uma população definida. A orientação comunitária refere-se também ao envolvimento da comunidade na tomada de decisão em todos os níveis de atenção. Dessa forma a coordenação da APS precisa:

Estimular o enfermeiro das equipes de saúde da família para que participe de reuniões de conselhos locais de sua área de abrangência, objetivando conhecer reivindicações ou satisfação com relação ao atendimento da Unidade de Saúde, viabilizando o controle social e a participação da comunidade.

Condições crônicas – De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2003), 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo são gastos com as doenças crônicas. O sistema integrado à Atenção Primária deve estar orientada para a atenção às condições crônicas na mesma lógica do atendimento das condições agudas visando controlar as doenças/agravos de maior relevância. Portanto deve adotar tecnologias apropriadas à gestão da clínica respondendo prontamente aos momentos de agudização das condições crônicas.

Sabe-se que o desconhecimento da necessidade de atenção contínua nos momentos silenciosos leva as condições crônicas insidiosamente a evoluírem.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (Ibidem), um sistema de Atenção Primária incapaz de gerenciar com eficácia as condições crônicas como o HIV/Aids, o diabetes e a depressão irá tornar-se obsoleto em pouco tempo. Dessa forma a coordenação da APS precisa:

Promover educação continuada aos profissionais, organizando encontros e palestras entre os profissionais da atenção primária e profissionais de outros pontos de atenção; e viabilizar contato e troca de experiências exitosas entre as diferentes equipes de saúde da família.

Parâmetros – O Ministério da Saúde utiliza de parâmetros para subsidiar o dimensionamento dos serviços e atendimentos, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Vários parâmetros têm sido estabelecidos no sentido de organizar a atenção à saúde. De acordo com a Portaria 648 (BRASIL, 2006b), o parâmetro para dimensionamento de Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) por habitantes nos grandes centros urbanos, na proporção de uma UAPS com Saúde da Família para até 12.000 habitantes e uma UAPS sem Saúde da Família para até 30.000 habitantes. Para a Estratégia Saúde da Família, o Ministério da Saúde propõe uma equipe de saúde da família para, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas (BRASIL, 2006b).

Vários outros parâmetros são utilizados com diversos outros objetivos. Dessa forma a coordenação da APS precisa:

Garantir que as equipes de saúde da família esteja completa com todos os integrantes preconizados.

Sempre que possível, adequar o dimensionamento da quantidade de pessoas por área e por microárea para cada agente comunitário de saúde, verificando junto ao Secretário de Saúde e coordenações regionais a necessidade de ampliação de unidades e equipes de saúde da família no município.

Divulgar, incentivar e acompanhar o cumprimento de metas e resultados dos indicadores do Pacto da Atenção Básica.

Avaliar periodicamente a quantidade de consultas básicas realizadas pelo município, associando à quantidade estabelecida pelo Ministério da Saúde.

Monitorar o cumprimento da carga horária e a média de duração dos atendimentos dos integrantes das equipes de saúde da família.

Criar relatório de visita periódica para avaliação do funcionamento adequado das Unidades de Saúde, promovendo algumas padronizações necessárias nas equipes de saúde da família de todo o município e propiciando o cumprimento do acolhimento, da realização das ações de saúde preconizadas para as equipes e o atendimento humanizado.

A Portaria n. 648 aborda os princípios gerais da Atenção Básica, e no que se refere às responsabilidades de cada esfera de governo, determina que os Municípios e o Distrito Federal, como gestores dos sistemas locais de saúde, são responsáveis pelo cumprimento desses princípios, e pela organização e execução das ações em seu território. Tais princípios são (BRASIL, 2006b, item II):

2.1 - Compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal:

I - organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União;

II - incluir a proposta de organização da Atenção Básica e da forma de utilização dos recursos do PAB fixo e variável, nos Planos de Saúde municipais e do Distrito Federal;

III - inserir preferencialmente, de acordo com sua capacidade institucional, a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços, visando à organização sistêmica da atenção à saúde;

IV - organizar o fluxo de usuários, visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica;

V - garantir infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas;

VI - selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, inclusive os da Saúde da Família, em conformidade com a legislação vigente;

VII - programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local;

VIII - alimentar as bases de dados nacionais com os dados produzidos pelo sistema de saúde municipal, mantendo atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e de estabelecimentos ambulatoriais, públicos e privados, sob sua gestão;

IX - elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na esfera municipal;

X - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;

XI - definir estratégias de articulação com os serviços de saúde com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

XII - firmar, monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica no seu território, divulgando anualmente os resultados alcançados;

XIII - verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão;

XIV - consolidar e analisar os dados de interesse das equipes locais, das equipes regionais e da gestão municipal, disponíveis nos sistemas de informação, divulgando os resultados obtidos;

XV - acompanhar e avaliar o trabalho da Atenção Básica com ou sem Saúde da Família, divulgando as informações e os resultados alcançados;

XVI - estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes; e

XVII - buscar a viabilização de parcerias com organizações governamentais, não governamentais e com o setor privado para fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do seu território.

6 CONCLUSÃO

A partir do exposto neste estudo, conclui-se que o SUS se constitui por um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, e obedece a princípios organizativos e doutrinários, dentre eles, uma Descentralização Político-Administrativa.

Nesse sentido, o gestor, em cada esfera de governo deve conhecer esses princípios e as responsabilidades aí atribuídas.

O presente estudo refere-se ao Coordenador Municipal de Atenção Primária à Saúde, e por ele verifiquei que para esse profissional não existem nas publicações pesquisadas as suas atribuições especificamente relatadas.

Considera-se que é preciso que esse profissional identifique suas ações nos documentos que se referem aos princípios e competências para a Atenção Primária à Saúde. O estudo possibilitou a identificação de forma mais específica dessas atribuições com essa correlação.

Considero ainda que a relevância desse estudo está no entendimento que esse conteúdo divulgado pode evitar negligências de ações desse profissional, propiciando ações que irão contribuir diretamente no desempenho das equipes de saúde da família.

Concluo, assim, que ao profissional enfermeiro, no contexto de sua atuação, são atribuídas funções de liderança que requerem competências gerenciais. Porém, constantemente esse profissional se depara com dificuldades gerenciais, pois a habilidade de liderar uma equipe, não faz parte da essência de sua ocupação.

Essa realidade precisa ser reconhecida e essas habilidades melhor desenvolvidas e integradas à sua formação, o que contribuirá significativamente para serviços de saúde qualificados e fortalecidos, beneficiando em sua totalidade o Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

AARESTRUP, C.; TAVARES, C. M. M.; A formação do enfermeiro e a gestão do sistema de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 1, p. 228-34, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n1/pdf/v10n1a21.pdf>. Acesso em: 15 set. 2013.

BRASIL. COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. LEI 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: <<http://novo.portalcofen.gov.br/categoria/legislacao/leis>>. Acesso em: 03 set. 2013.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990, que 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: Planalto/CCivil, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 03 set. 2013

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução Nº 3, de 07 de novembro de 2001. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Enfermagem. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 09 nov. 2001. Seção 1, p. 37. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373**, de 27 de fevereiro de 2002, que aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002, para a ampliação das responsabilidades dos municípios na Atenção Básica. Brasília: MS, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 22 set. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Aprender SUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde**. Brasília, 2004: Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aprendersus.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 399**, de 22 de fevereiro de 2006, divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: MS/GM, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 648**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família

(PSF) e Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2. Brasília: MS, 2006b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 03 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 699**, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Brasília: MS, 2006c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_699_2006.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família 3. Trabalhos premiados. Brasília : MS, 2008. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto Nº 7.508**, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: MS/SGEP, 2011.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS – ESPMG. **Implantação do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde**. Oficina 1. Redes de Atenção a Saúde. Guia do Tutor/Facilitador. Belo Horizonte: ESPMG, 2008.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000600006&script=sci_arttext>. Acesso em: 26 set. 2013.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Comitê de Estatísticas Sociais. **Cidades**. 2013. Brasília: IBGE/SID, 2013. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=314810&search=minas-gerais|patrocinio>> . Acesso em: 01 set. 2013.

JONAS, L. T.; RODRIGUES, H. C.; RESCK, Z. M. R. A função gerencial do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: limites e possibilidades. **Revista de APS**, v. 14, n. 1, p. 28-38, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/977/443>>. Acesso em: 03 out. 2013.

JORGE, A. A. F. A formação do enfermeiro e os conteúdos curriculares necessários para aquisição de competências e habilidades para o planejamento e a gestão em saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 03, n. 3, p.1013-1030, 2012. Disponível em: <<http://www.gestoesaude.unb.br/index.php/gestoesaude/article/view/292>>. Acesso em: 01 out. 2013.

MATTOS, R. A. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; Cepesc; Abrasco, 2007. p. 369-383.

MEDEIROS, V. C.; PERES, A. M. Atividades de formação do Enfermeiro no âmbito da Atenção Básica à Saúde. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, p. 27 - 35, 2011. Número Especial. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea03.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2013.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. **Relatório mundial**. Brasília: OMS, 2003.

PASSOS, J. P.; CIOSAK, S. I. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 464-468, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a02.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2013.

REVISÃO sistemática versus revisão narrativa. Editorial. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, abr./jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001>. Acesso em: 27 set. 2013.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Gestor. **Formas de gestão do SUS**. São Paulo [s.d.]. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/formas-de-gestao-do-sus>>. Acesso em: 17 set. 2013.

SILVA, A. M. **Competências para o gerenciamento em enfermagem**: revisão de literatura. Porto Alegre: UFRGS/Escola de Enfermagem, 2009. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/24328/000746776.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 14 set. 2013.

SILVA, V. G.; MOTTA, M. C. S.; ZEITOUNE, R. C. G. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 3, p. 441-448, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a04.htm>. Acesso em: 15 ago. 2013.

SHIMAZAKI, M. E. (Org.). A atenção primária à saúde. In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Implantação do plano diretor da atenção primária à saúde**. Oficina 2 e 3. Belo Horizonte: ESPMG, 2009. p. 10-16.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/MS, 2002.

TREVISAN, L. N.; JUNQUEIRA, L. A. P. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, Jul./Ago., p. 893-902, 2007.

VIANA, A. L. d'Á. *et al.* Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/spp/v22n01/v22n01_07.pdf>. Acesso em: 01 set. 2013.

WEIRICH, C. F. *et al.* O trabalho gerencial do enfermeiro na Rede Básica de Saúde. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 249 – 257, Abr./Jun, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/07.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2013.