



Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Centro de Artes, Humanidades e Letras
Curso Superior Tecnológico em Gestão Pública

ENDRIC PASSOS MATOS

**DIMENSÕES ADMINISTRATIVAS NO PROCESSO DE
GESTÃO DE UMA POLÍTICA DE SAÚDE**

Cachoeira
2013

ENDRIC PASSOS MATOS

**DIMENSÕES ADMINISTRATIVAS NO PROCESSO DE
GESTÃO DE UMA POLÍTICA DE SAÚDE**

Monografia apresentada ao Curso Superior Tecnológico em Gestão Pública, Centro de Artes, Humanidades e Letras, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Tecnólogo em Gestão Pública.

Orientador: Prof. Dr. José Pereira Mascarenhas Bisneto

Cachoeira
2013

MATOS, Endric Passos. Dimensões administrativa no processo de gestão de uma política pública. 30 pag. 2013. Monografia – Centro de Artes, Humanidades e Letras, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Cachoeira, 2013

RESUMO

O estudo é de caráter bibliográfico, exploratório-descritivo. Baseado na análise das teorias gerais da administração, propõem seis variáveis que são: tarefa; estrutura; pessoas; ambiente; tecnologia e competitividade, identificadas como dimensões administrativas. Nesse sentido, o estudo tem como proposta analisar essas dimensões administrativas no processo de gestão de uma política pública de saúde, mais especificamente o Programa Saúde da Família (PSF), traçando um paralelo entre essas variáveis e o que é preconizado para a execução do PSF. Quando analisados conclui-se que há uma estreita relação entre esses dois universos, o campo das ações de saúde no âmbito da assistência básica e a aplicação das variáveis nesse contexto, considerando os esforços associados de toda a equipe de saúde nas diversas situações vivenciadas pelos atores envolvidos no processo de gestão de uma organização.

Palavras-chave: Administração - Política Pública - Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

This study is a bibliographic research that cares about a descriptive exploration of the subject. It is based in analyses of general theories of management, which proposes 6 variants, such as: task, structure, people, environment, technology and competitive edge, identified as management dimensions on a process of public policy in health care, mainly on Family health Care Program (PSF), connecting those variants and what is necessary to (PSF) execution. By the analyses we conclude that is a close relation between these two strands, the area of health in the context of primary care and the application of the variables in this context, considering the efforts associated to the entire healthcare team in various situations experienced by the actors involved in the management of an organization.

Keywords: Administration - Public Policy - Family Health Program.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	05
2. POLÍTICA PÚBLICA.....	07
2.1. SUS - sistema único de saúde.....	08
2.2. Saúde pública, saúde coletiva e saúde da família.....	10
2.3 Programa saúde da família PSF.....	14
3. ADMINISTRAÇÃO.....	19
3.1 Um olhar para as teorias administrativas.....	20
4. VARIÁVEIS ADMINISTRATIVAS NA GESTÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	23
4.1 Tarefa.....	23
4.2 Estrutura.....	24
4.3 Pessoa.....	26
4.4 Ambiente.....	27
4.5 Tecnologia.....	29
4.6 Competitividade.....	30
4.6.1 Aspectos éticos.....	30
4.6.2 Valorização do trabalho.....	31
5. CONCLUSÃO.....	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
Figura 1: Sistema de Saúde.....	26

1. INTRODUÇÃO

A criação do SUS possibilitou que enormes avanços fossem alcançados no desenvolvimento de ações na atenção à saúde. Entretanto persistem inúmeras questões de ordem gerencial que repercutem tanto negativamente quanto positivamente sobre a qualidade da atenção à saúde. Essas questões constituem-se nas diferentes dimensões administrativas dentro de uma política pública e que por sua vez podem interferir diretamente nos resultados dos processos administrativos.

Retomando a história da administração o autor Idalberto Chiavenato, baseado na análise das teorias administrativas, propõem seis variáveis que podem ser identificadas como dimensões administrativas. É a partir dessas variáveis que se baseia o presente estudo.

A complexidade dos processos de gestão próprios de um sistema de saúde descentralizado, num cenário federativo como o brasileiro, e o processo de reorientação do modelo de atenção no SUS exigem dos gestores constante desenvolvimento não só de conhecimentos, mas também de atualização nas ferramentas de gestão, a fim de que possam responder às novas exigências conjunturais.

Sendo assim os gestores dos serviços de saúde vivenciam cotidianamente situações que demandam o domínio do conhecimento dos processos administrativos nos ambientes da saúde. Diante dessas condições, torna-se necessário a investigação continuada desta temática no sentido de evidenciar situações de sucesso e insucessos que possam apontar novas possibilidades de soluções da gestão em saúde.

Nesse sentido, este estudo tem como proposta analisar as dimensões administrativas no processo de gestão de uma política pública de saúde, mais especificamente o Programa Saúde da Família (PSF) - programa criado em 1994, e que estabelece os princípios e diretrizes para a organização da atenção primária da família, os quais se subdividem em: atenção a saúde da mulher, do idoso, da criança, e na vacinação e prevenção de doenças - de forma objetiva e subjetiva contextualizada por meio de uma análise na literatura, tornando-se relevante ao passo que evidenciará possíveis problemas e facilidades no desenvolvimento das atividades dos gestores do segmento saúde. Servindo como banco de dados para troca de experiências positivas e como passo inicial para correção do que venha ser considerado negativo, o que contribuirá efetivamente para o aprimoramento da prática de gerir.

O estudo é de caráter bibliográfico, exploratório-descritivo. A pesquisa bibliográfica tem como característica principal a utilização de documentos já elaborados como livros, periódicos e enciclopédias, além de publicações científicas como artigos científicos, resenhas e ensaios críticos e é de suma importância para o pesquisador, afim de que o mesmo conheça o que já foi escrito sobre determinado assunto e ajudá-lo a consolidar sua teoria.

Para isso foi utilizado a base de dados, scielo, bvs, bireme, lilacs na busca de artigos científicos para compor esse estudo de revisão.

É de caráter exploratório-descritivo por ter como objetivo, de acordo com LAKATOS (2005): “[...] descrever completamente determinado fenômeno” e dar precedente para uma análise subjetiva, o que torna o estudo mais completo.

O trabalho se estrutura da seguinte forma: primeiramente ele aborda conceitos importantes sobre política pública, nesse mesmo contexto é inserido a discussão sobre Sistema Único de Saúde e seus segmentos na Atenção Primária a Saúde, como exemplo de política pública. Em seguida é apresentado conceitos de administração e um panorama das Teorias Gerais da Administração, evidenciando os seus objetos de estudos, considerando-os como variáveis administrativas, a partir disso é feito um paralelo entre essas variáveis e o processo de gestão do Programa Saúde da Família.

2. POLÍTICA PÚBLICA

As políticas públicas podem ser entendidas como ações, metas e planos que os governos (nacionais, estaduais ou municipais) traçam para alcançar o bem-estar da sociedade e o interesse público. Nesse sentido, para que essas estejam a serviço da sociedade devem atravessar por um longo processo de formação da agenda, formulação, implementação, execução e como no Programa Saúde da Família (PSF). Objeto de análise desse estudo.

No processo de elaboração das políticas públicas tem-se um conjunto de procedimentos e justificativas que embasam a sua definição e implementação. No entanto, devido à presença de diversos cenários históricos, culturais, e arenas de poder presentes nos municípios, nem sempre o desenho original da formulação, aquilo que fora desenhado na política na fase de formulação consegue ser concretizado, da mesma forma como o planejado, o que não é ruim de forma geral, pois os cenários dos municípios são muito diferentes e a política deve se adaptar a realidade de cada um.

Uma política pública se refere à ação das autoridades públicas na sociedade, são os atos, mas também os “não atos” de uma autoridade pública frente a um problema ou um setor da sociedade. Em geral se apresenta sob a forma de um programa governamental. De acordo com Menicucci (2006), em uma definição bastante simplificada, uma política pública se refere à ação das autoridades públicas na sociedade, referindo-se a aquilo que os governos produzem, para alcançar determinados resultados, através de alguns meios.

Segundo a definição sintetizada por Rua (1997, p.1): “As políticas públicas (policies), por sua vez, são outputs, resultantes das atividades políticas (*politics*): Uma política pública geralmente envolve mais do que uma decisão e requer diversas ações estrategicamente selecionadas para implementar as decisões tomadas”.

Souza (2006, p.24) afirma que não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que seja política Pública. Souza (2006) apud Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas.

Souza (2006) apud Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Souza (2006) apud Peters (1986) diz: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação e que influenciam a vida dos cidadãos.

Souza (2006) apud Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”. Porém a definição mais conhecida continua sendo a de Laswell (2002), ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por que e que diferença faz.

2.1 . SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O SUS como uma política pública pode ser analisado como uma das maiores conquistas sociais aplicadas na constituição de 1988. Seus princípios elevaram a democratização nas ações e nos serviços de saúde que passaram a ser universais, norteando-se pela descentralização. Antes do SUS a saúde era vista como o “estado de não doença” e com a adoção do SUS a saúde passa a ser relacionada com a qualidade de vida da população, onde se englobam fatores como a alimentação, o trabalho, a educação, o saneamento básico; trazendo uma nova ênfase centrada na prevenção dos agravos e na promoção da saúde.

O SUS é norteado pelos seguintes princípios: Universalidade, equidade, integralidade, descentralização e comando único, resolutividade e participação popular.

- A universalidade defende a saúde como um direito fundamental do ser humano competindo ao Estado garantir as condições indispensáveis ao seu pleno exercício e o acesso a atenção e assistência à saúde em todos os níveis de complexidade.
- A equidade está ligada aos princípios da justiça social, ele defende o combate a desigualdade e busca investir onde há mais carência.
- O princípio da integralidade busca garantir a efetividade de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.
- Há também o princípio da Descentralização e comando único, que traz um programa que vai agir nas três esferas: nacional, estadual e municipal, sendo que apenas um único gestor responderá por toda a rede assistencial na sua área de abrangência e ele terá aptidão para conduzir as negociações e assumir o comando das políticas.
- A resolutividade se traduz na habilidade de dar uma solução aos problemas do usuário do serviço de saúde de forma adequada.

- E por fim a participação popular que se caracteriza como o instigo a população para garantir a efetividade das políticas públicas de saúde e vê-las como via para averiguar o exercício de controle social.

O funcionamento do SUS busca fazer da área da saúde uma área admiravelmente democrática, pois além, de admitir um alto grau de participação social também busca desenvolver um modelo de gestão descentralizado, atraindo um maior êxito aos serviços públicos no Brasil.

A Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, chamada Lei Orgânica da Saúde (LOS), estabelece papéis institucionais de cada instância governamental. Dispõe de princípios e diretrizes para as ações e serviços de saúde, entre os quais universalidade de acesso, integralidade e igualdade ou equidade na prestação de ações e serviços de saúde. Outro assunto de que trata é sobre a descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera do governo, enfatizando a municipalização da prestação de serviços combinada com a regionalização e a hierarquização da rede de serviços.

Como consequência há de pensar na integração executiva das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico. Nesse sentido, recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, estados e municípios devem ser mobilizados para a prestação de serviços de assistência à saúde da população. Isso terá em vista a melhoria da capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência e mais adequada organização dos serviços públicos, evitando a duplicidade de meios para fins idênticos.

Em relação à organização, à direção e à gestão do SUS, a Lei estabelece o princípio da direção única exercida em cada esfera de governo. A LOS define atribuições e competências à União, ao Distrito Federal, a estados e a municípios, comuns ou específicas.

A LOS discorre ainda acerca do funcionamento e da participação complementar dos recursos humanos, financiamento e gestão financeira dos serviços públicos e privados de assistência à saúde. A Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

2.2. SAÚDE PÚBLICA, SAÚDE COLETIVA E SAÚDE DA FAMÍLIA.

A constituição de 1891 estabeleceu que a responsabilidade pelas ações da saúde e saneamento básico no Brasil deveria ser responsabilidade do Estado. Com as mudanças ocasionadas pelo modo de produção e o cientificismo europeu, sentiu-se a necessidade de investir em políticas de saúde que pudessem assegurar o interesse econômico e viabilizar a exportação dos produtos brasileiros. Dessa forma, com a presença de Oswaldo Cruz iniciou-se uma campanha para diminuir as epidemias de febre amarela e varíola Gomes (1980, p. 68).

Dentre as estratégias utilizadas pode-se destacar a campanha de vacinação obrigatória e diversas ações de caráter coletivo e preventivo. Além disso, criou-se o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), dirigido por Carlos Chagas, com o objetivo de realizar um trabalho amplo de proteção e promoção da saúde pública Gomes (1980, p. 69).

Em janeiro de 1923, inspirado pela Legislação Argentina sobre a previdência social, o Deputado Eloy Chaves apresentou um Projeto de Lei que propunha a instituição da Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAPs) para os ferroviários em cada uma das empresas de estrada de ferro, estabelecendo que:

“socorros médicos em caso de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo teto e sob a mesma economia; a medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração; aposentadoria; e, a pensão para seus herdeiros em caso de morte” (Artigo 9º, §§ 1º a 4º, do Decreto nº 4.682 de 24 de janeiro de 1923 – Lei Eloy Chaves).

Essa lei foi criada especialmente para os servidores públicos e organizada segundo o princípio da seguridade social, dependendo de contribuição por parte dos segurados. De acordo com Teixeira e Oliveira (1985) a CAPs era adotada em sua maioria por empresas de grande porte e não recebia nenhum tipo de contribuição do Estado, sendo que seu papel restringia-se a legalização de sua organização.

O ano de 1930 é visto como o marco inicial das políticas sociais e da centralização estatal, isto porque foram criadas bases para a criação de um sistema único nacional de saúde,

caracterizado pela concentração e verticalização das ações no governo central, no qual houve um crescimento das atividades públicas em saúde e saneamento básico e a criação do Ministério da Educação e da Saúde Pública (MESP).

Do ponto de vista econômico, ainda durante o governo de Getúlio Vargas, criaram-se os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que objetivavam assegurar a saúde dos trabalhadores, visando o apoio dos mesmos nos projetos do Estado, assim como para assegurar os interesses econômicos. Esses institutos passaram a incluir todas as categorias profissionais, o Estado passou a participar da administração, do controle e do financiamento. No entanto, o caráter contributivo permanecia, pois para ter direito aos benefícios os cidadãos deveriam pagar, caso contrário seriam excluídos do sistema de proteção, caracterizando-o como um privilégio para poucos (ROSEN,1994).

De acordo com Gomes (1980, p. 85) com a queda de Getúlio Vargas em 1945, as decisões sobre as ações da saúde pública e da assistência médica passaram a ser decididas em um ambiente mais democrático, caracterizado por disputas políticas partidárias, eleições livres e liberdade de imprensa. O que proporcionou um longo debate sobre os custos econômicos das doenças e o modo de minimizá-las.

Com a constituição do Estado do Bem-Estar social nos países desenvolvidos da Europa, propagou-se a ideia de desenvolver ações voltadas para o pleno emprego, a educação, o transporte, a habitação, a saúde e o saneamento básico e apesar de no Brasil ainda não haver uma política de bem-estar social, havia uma ideologia desenvolvimentista, indicando a relação pobreza-doença-subdesenvolvimento que impulsionou ações para melhorar o nível da saúde pública no Brasil para alcançar o desenvolvimento. Dessa forma, iniciaram-se campanhas que enfatizavam a prevenção a doenças sexualmente transmissíveis e a política de saúde previdenciária.

No entanto, com o golpe militar de 1964, ocorreram mudanças para o sistema de saúde sanitário brasileiro caracterizado pelo crescimento progressivo do setor privado, a unificação do IAPs (Instituto de Aposentadorias e Pensões) e a criação em 1979 do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), que enfatizavam a residência em medicina preventiva e social, afim de formar gestores sanitários para o Sistema Nacional de Saúde. Neto (1994, p. 47).

Na década de 80, ocorreu a 7ª Conferência Nacional de Saúde com o propósito de reformular o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-saúde), que buscava dotar o país de uma rede de serviços básicos que oferecesse, em quantidade e qualidade, os cuidados primários de proteção, promoção e recuperação da saúde, tendo como meta a cobertura da mesma para toda a população até o ano de 2000 (Conferência Nacional de Saúde, 1980).

No ano de 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, contou com a participação de mais de quatro mil pessoas nos debates, evidenciando que as modificações no setor ultrapassavam os limites de uma reforma administrativa e financeira. Existia a necessidade de uma reforma mais profunda, com a aplicação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional. Foi aprovada, por unanimidade, a diretriz da universalização da saúde e do controle social efetivo de acordo com as práticas de saúde estabelecidas, permanecendo as propostas de fortalecimento do setor público, garantindo o direito à saúde integral. Dessa forma em 1987 criou-se o Sistema Unificado de Saúde (SUS), que proporcionou um avanço na política de descentralização da saúde e, principalmente na descentralização do orçamento, permitindo uma maior autonomia dos estados na programação das atividades do setor; dando prosseguimento às estratégias de hierarquização e universalização da rede de saúde Lima, 2002, p. 50).

O conceito de saúde pública está intimamente relacionado à ótica do Estado, no âmbito das formas de organização social e política das populações. Na concepção mais tradicional, é a aplicação de conhecimentos com o objetivo de organizar sistemas e serviços de saúde, controlando a incidência de doenças nas populações através de ações de vigilância e intervenções governamentais.

Segundo Figueiredo (2005, p. 25), o termo saúde pública está carregado de significados, como serviços pessoais dirigidos a grupos vulneráveis, problemas de elevada ocorrência ou ameaçadores, serviços dirigidos à dimensão coletiva, como aqueles que se aplicam ao meio ambiente, como saneamento básico e educação para a saúde. A partir dessas dimensões pode supõem-se que a compreensão do que seja saúde pública resulta em uma análise da perspectiva de indivíduos e grupos socioeconômicos e culturais, condicionados por suas ideias acerca do mundo que os rodeia, de acordo com os seus respectivos interesses.

Segundo Terres (1992, p. 58), a definição clássica de saúde como “a arte e ciência de prevenir a doença e a incapacidade, prolongar a vida, e promover a saúde física e mental mediante esforços organizados da comunidade” prevê algumas tarefas básicas como: prevenção de doenças infecciosas, promoção da saúde, saneamento básico do meio, combate a doenças transmissíveis que ameace a coletividade, diagnósticos precoces e condições sociais que assegurem uma vida favorável à manutenção da saúde.

Nessa perspectiva, o conceito de saúde coletiva aproxima-se muito do conceito de saúde pública. No entanto, a saúde coletiva leva em consideração a diversidade e especificidade dos grupos populacionais e da individualidade com seus próprios modos de adoecer e morrer e/ou representarem tal processo, e que não necessariamente, passam pelas instâncias governamentais ditas responsáveis diretas pela saúde pública. Ou seja, a saúde coletiva pode ser entendida como:

"... uma ciência histórico-social, que percebe que as características dos seres humanos (doentes ou não) são sobretudo, um produto de forças sociais mais profundas, ligadas a uma totalidade econômico-social que é preciso conhecer e compreender para explicarem-se adequadamente os fenômenos de saúde e de doença com os quais ela se defronta" (PEREIRA, 1986 apud MATUMOTO et al, 2001).

Portanto, estuda-se uma determinada população, a partir dos diversos aspectos em que ela está inserida, para traçar os melhores modos de prover e assegurar a saúde naquele local. Já a saúde da família, parte do conceito de família, que pode adquirir diversas significações a partir do contexto adequado.

De acordo com o Ministério da Saúde (2007), a palavra família desperta diferentes imagens, podendo ser considerada como um sistema ou unidades de membros que podem ou não conter crianças, no qual existe um vínculo entre seus membros e as funções de cuidado da unidade que consistem em proteção, alimentação e socialização. Devendo ser levado em consideração às crenças e a concepção que a própria família tem de si e do meio.

Nesse sentido, uma política de saúde como o PSF que está voltada para a família deve levar em consideração todos os aspectos físicos, sociais, e culturais que a envolve,

buscando caracterizar quem são seus membros, como se dá o relacionamento entre eles, realizando um acompanhamento contínuo.

2.3 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA PSF

Ao buscarmos os antecedentes do Programa Saúde da Família, encontramos a sua base no Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, institucionalizado pelo Ministério da Saúde, em 1991, com o objetivo de combater os elevados indicadores de mortalidade materna e infantil, bem como a alta incidência de tuberculose e hanseníase principalmente nas regiões Norte e Nordeste que na década de 90 concentrava o maior percentual de população em situação de pobreza e maior risco de adoecer e morrer.

Os agentes comunitários são incorporados na estratégia de atenção primária em saúde como um importante ator na construção das práticas de saúde, atuando como observador da comunidade e mediador entre ela e os detentores do conhecimento, a equipe de saúde. Silva e Damalzo (2002) descreve o grande impacto que as ações dos ACS geram sobre a sociedade em que está inserido:

O ACS é responsável por uma significativa mudança no modelo de saúde adotado no Brasil, ao trazerem para este setor a humanização aliada ao trabalho preventivo. Ao longo dos anos, os ACS vêm transformando a vida de moradores onde estão inseridos. O ACS é um trabalhador que integra a equipe de saúde local, auxiliando as pessoas a cuidarem da própria saúde, por meio de ações individuais e coletivas. É a pessoa que está em contato permanente com a comunidade. Ele vive nela e faz parte dela.

Diante do exposto entendemos que a elaboração de uma nova realidade de saúde só será atingida se houver uma integração entre a própria equipe de saúde e dessa com a comunidade com o objetivo primordial de solucionar o problema da exclusão social, da busca da equidade, das desigualdades e conseqüentemente melhorar à imagem do sistema de saúde perante o usuário, ofertando um cuidado com maior qualidade e eficácia a todos os cidadãos, como propõe o Programa Saúde da Família.

Dessa forma, o PACS é visto como o antecessor do PSF, quando em 1991 o mesmo deu origem ao programa servindo como integrante do novo cenário do setor saúde, além disso é possível destacar a similaridade que há nos seus elementos, como o enfoque na família e

não no indivíduo, além do agir preventivo. Concordando com essa idéia Figueiredo e Tonini (2009, p. 177) afirmam que “As ações estão voltadas ao controle da saúde do coletivo e não somente do corpo individual. É a vigília das condições de saúde das populações e das pessoas em particular.”

Sugerindo este mesmo conceito, Santos e Miranda (2007), conceituam as bases do Programa Saúde da Família como:

O ministério da Saúde, ao definir as bases do PSF, destacou que ao contrário do modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, esse programa deveria priorizar ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua e eleger como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população.

Podemos dizer como isso que Programa Saúde da Família veio substituir o modelo de atenção primária compreendida antes de modo diferente, com base no modelo biomédico, centrado na doença e no indivíduo de forma fragmentada, por uma abordagem multidisciplinar, dando ênfase à vigilância da saúde da coletividade, e holística do indivíduo.

Em 1994 o Programa Saúde da Família formaliza suas bases como proposta institucional, tendo como princípios básicos a territorialização, vinculação com a população, garantia de integralidade na atenção, trabalho em equipe com enfoque interdisciplinar e multiprofissional, ênfase na promoção e de estímulo à participação da comunidade. Caracterizando-se como a porta de entrada do sistema local de saúde, com ações delimitadas ao âmbito integral da atenção básica, desenvolvendo suas práticas tanto na unidade de saúde como em domicílio, numa lógica de substituição das práticas tradicionais, encontradas no modelo biomédico, focado apenas na doença e como remedi-la, totalmente fora de uma ótica preventiva. Consequentemente essas ações reestruturou o sistema como todo através de uma prática mais humanizada.

É, portanto, nesse contexto que surge PSF, como parte integrante do processo de reforma, no sentido de contribuir com uma nova realidade do setor saúde, objetivando aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde. Nos termos de Viana e Dal Poz (2005) “A partir daí começou-se a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não

mais (tão-somente) o indivíduo, e foi introduzida a noção de área de cobertura (por família)”. Com isso, as bases normativas do PSF tem evoluído desde a sua implantação.

Segundo o Ministério da Saúde em dezembro de 1994, ano de sua implantação, o PSF possuía uma cobertura de 0,74% da população, que correspondia a 1.131.600 pessoas. Passados dez anos, a população coberta é de 70.340.508 – 56,2%. São mais de 20 mil equipes distribuídas em 4.769 municípios do Brasil (dados de outubro/04). Esse resultados caracteriza a efetividade do programa e a magnitude da sua expansão, resultado atribuído aos serviço do gestor do SUS empregado na consolidação da proposta. Em suma, a forma em que o PSF está constituído hoje tem firmado de maneira bem-sucedida o seu potencial de aumentar a efetividade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para a operacionalização, o Ministério da Saúde apoia o município com repasse de recursos de incentivos financeiros de dois tipos: incentivando a implantação e o incentivo mensal, para desenvolver suas ações de acordo com a cobertura do município, para isso os profissionais que irão compor equipe mínima que desenvolverá essas ações de promoção, prevenção e tratamento é composta por um médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e 4 a 6 ACS, acompanha em média 3450 pessoas (mínimo de 2400 e máximo de 4500) de um determinado território, assumindo a responsabilidade sanitária por esse território realizando uma atenção integral e contínua, comprometida com o constante acompanhamento da qualidade de vida das famílias em que está inserido, sendo também responsável pela criação de vínculos entre as equipes de saúde e a população.

Segundo Viana e Dal Poz (2005) “Obviamente esses processos se entrecruzam e produzem efeitos sinérgicos e, por isso mesmo, se constituem – mais ainda, se configuram – como instrumentos do processo de reforma (incremental) do sistema de saúde, no Brasil.” De modo geral pode-se dizer que, independentemente do grau de desenvolvimento social ou econômico de uma dada comunidade, o Programa Saúde da Família tem se estruturado como modelo brasileiro de atenção primária e de forma descentralizada tem viabilizando o acesso a saúde a população valorizando a prevenção e promoção da saúde.

Para o bom funcionamento do programa o ministério, a secretaria do estado e do município possuem responsabilidades inerentes a essa eficácia onde a partir da Constituição Federal de 1988, em que se garantiu maiores graus de autonomia dos entes federados é que o gestor municipal de saúde tem autonomia para decidir como organizar o sistema de saúde de seu município. O PSF nasce nesse contexto de descentralização com a criação do Sistema

Único de Saúde, e a definição da Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080) que coloca a descentralização como um dos seus princípios organizativos.

O Programa Saúde da Família é um programa que de fato revolucionou o setor da saúde, na forma em que está constituído hoje tem firmado de maneira bem-sucedida o seu potencial de aumentar a efetividade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Apesar de tantos pontos positivos encontrados nos seus serviços, desde a sua implantação, Bandeira (2008) afirma que é preciso vencer ainda dois desafios “a falta de conhecimento do programa pela classe média e a baixa capacitação dos profissionais”. O que ele quis dizer com isso é que apesar da expansão do programa, o conhecimento sobre o PSF é pequeno, sobretudo na classe média, ele considera que este é um dos principais problemas do programa e no que diz respeito à atuação dos profissionais ele afirma que.

“Este é um problema sério. As pessoas acham que fazer saúde da família é fácil, por causa da baixa complexidade tecnológica. Mas é altamente complexo do ponto de vista cognitivo. O ensino de medicina é muito voltado para a atuação hospitalar. No hospital, o estudante vê casos raros, mas às vezes não está preparado para o que há de mais básico na medicina”.

Para Bandeira um dos fatores que dificulta e prejudica a qualidade do atendimento é a rotatividade dos profissionais, porém o Ministério da Saúde oferecerá cursos à distância nas áreas de saúde da família, capacitação gerencial e cuidado com o idoso. Percebeu-se que a maioria dos profissionais de nível superior envolvidos com a saúde da família não tem especialização na área, por isso a necessidade da urgência desses cursos.

O PSF tem sido na contemporaneidade o responsável pela melhoria da qualidade de vida de muitas pessoas através do desenvolvimento de suas ações. Porém o seu maior desafio é ampliar a sua cobertura para que se possa alcançar ainda mais pessoas e aprimorar a qualidade do atendimento.

Além disso, o Ministério da Saúde atribui como dificuldades e desafios o problema do financiamento, do cumprimento do papel do Estado no apoio técnico e financeiro aos municípios, a precarização das relações de trabalho, a reforma do ensino dos recursos humanos e falta da atuação efetiva dos conselhos de saúde no desempenho do seu papel. Para que a Saúde da Família seja consolidada como estratégia estruturante da Atenção Básica, com

reflexos organizativos sobre os outros níveis do sistema, é necessário que um conjunto de problemas seja enfrentado pelos três entes federados.

3 . ADMINISTRAÇÃO

Administração Pública é a ordenação (planejamento e organização), direção e controle dos serviços do governo, nas esferas federal, estadual e municipal, segundo os preceitos do direito e da moral, visando ao bem comum.

A administração pode ser entendida de três formas: 1) o conjunto de entes ou sujeitos de caráter público – os meios, humanos e materiais, de que dispõe o governo para aplicar suas políticas; 2) o conjunto de ações encaminhadas para o cumprimento dos programas e políticas dos governos; e 3) a ciência da Administração Pública que se propõe a estudar as condições que permitem ao direito, emanado dos poderes do Estado, concretizar-se da maneira mais eficaz possível, através da atuação dos órgãos administrativos. Brasil (2011, p. 13)

A ação administrativa ou gestão manifesta-se no condicionamento da liberdade e da propriedade dos particulares, no exercício do chamado poder de polícia. O objetivo é harmonizar o direito do indivíduo com o de seus semelhantes.

O poder de polícia traduz-se na faculdade de que dispõe a Administração Pública para condicionar e restringir o uso e o gozo de bens, atividades e direitos individuais em benefício da coletividade e do próprio Estado. A polícia administrativa diz respeito à segurança da ordem pública, à proteção da saúde, ao resguardo da educação, à tutela da economia, à defesa da vida social e dos princípios morais.

Outro aspecto importante, mas discutível, da inovação e modernização é a Reforma Administrativa. No Brasil, desde 1930 vêm-se implementando medidas modernizadoras da Administração Pública. Trata-se do movimento chamado Reforma Administrativa ou Reforma do Estado Brasileiro, que a partir de 1967 se consubstanciou no Decreto-Lei n. 200/67.

Nos últimos anos disseminaram-se ideias contidas no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (1995), que, apesar de suscetível a críticas, sugeriu uma visão mais modernizadora para o Estado brasileiro.

O plano partiu da premissa de que, a partir de uma perspectiva histórica, a Administração Pública – cujos princípios e características não devem ser confundidos com os da administração das empresas privadas – evoluiu por meio de três modelos básicos: a Administração Pública Patrimonialista, a Burocrática e a Gerencial. Essas três formas se

sucedem no tempo, sem que, no entanto, qualquer uma delas seja inteiramente abandonada. Brasil (2011, pag 22)

3.1 UM OLHAR PARA AS TEORIAS ADMINISTRATIVAS

Diversos autores buscam estudar de modo geral o que contempla a Administração, suas tendências, finalidades e responsabilidades básicas, sendo que estes convergem muito em suas opiniões, estando os seus conceitos relacionados. Oliveira (2009), entende a Administração como um sistema estruturado que consolida um conjunto de princípios, processos e funções para promover de forma organizada o planejamento de situações futuras, bem como a avaliação da eficácia, eficiência e efetividade das mesmas, estruturando e gerenciando os recursos disponíveis para se alcançar os resultados esperados, minimizando os conflitos interpessoais. Por sua vez Maximiano (2010) define administração como uma arte – uma profissão ou área de ação humana que envolve a aplicação de habilidades.

Chiavenato (2003) afirma que o conceito de administração foi ampliado pela necessidade cada vez maior de competitividade das organizações e que o papel do gestor passa a ser interpretar os objetivos da empresa e utilizar os recursos disponíveis de maneira que consiga alcançá-los. Corroborando a essa afirmação, Foucault (1987) afirma que não é simplesmente uma arte de repartir os corpos, de extrair e acumular o tempo deles, mas de compor forças para obter um aparelho eficiente.

Segundo Maximiano (2010), pessoas que administram qualquer conjunto de recursos são administradores, gerentes ou gestores. Sendo assim, o gerenciamento das ações de saúde se relaciona também com as Teorias Gerais da Administração, e essas, coexistem, em diferentes graus, na administração em saúde.

Entende-se que no desenvolvimento dos trabalhos na gestão dos serviços de saúde haverá dimensões administrativas que impactará diretamente nos resultados produzidos por ele. Dessa forma, Chiavenato (2003) afirma que as variáveis: **tarefa, estrutura, pessoas, ambiente, tecnologia e competitividade**, provocaram, em seu tempo, impulsionada pela necessidade de modificar ou melhorar o processo de gerenciamento, consequências que refletiram na dinâmica do trabalho, o que as configurou como dimensões administrativas à gestão. Partiremos agora para apresentação dessas variáveis que compõe as teorias administrativas, intrínsecas a gestão em saúde.

A primeira variável a ser analisada é a tarefa, que foi trabalhada por Frederick W. Taylor (1856 – 1915) nos Estados Unidos da América. Do estudo sistemático dessa variável ele propôs a Teoria Científica que segundo Kurcgant (2010) tinha como proposta básica o aumento da produção pela eficiência do nível operacional. Aplicando a perspectiva dessa variável como sendo uma dimensão administrativa podemos dizer que em nível gerencial, o gestor preocupa-se em demasia com a prática profissional, no sentido de como fazer.

A segunda variável é a estrutura, que foi pesquisada por Henry Fayol (1841 – 1925) na França e ficou conhecida como Teoria Clássica. O centro dessa teoria está pautado segundo Chiavenato (2003) na estrutura organizacional. A aplicação dessa teoria à problemática dessa pesquisa nos remete ao arranjo hierárquico, ou seja, a cadeia de comando e como ela está estruturada.

A terceira variável são as pessoas. Elton Mayo em 1924 propõe a Teoria das Relações Humanas após a experiência de Hawthorne. Essa teoria, segundo Motta (2002) rege que o ser humano é um ser dinâmico, que busca ativamente a autonomia, o auto-desenvolvimento e a auto-realização. O mesmo autor ainda comenta que a partir dessa teoria o trabalho passa a ser visto como a inserção social principal do indivíduo, o que lhe fornece o sentido para suas ações e medidas de seu valor social. A aplicação dessa teoria à temática dá-se no sentido de que o tipo de relacionamento interpessoal entre funcionários e entre funcionários e gestores pode se configurar como uma importante dimensão administrativa.

A quarta variável caracterizada é o ambiente, dando ênfase a ela encontramos a Teoria Contingencial que segundo Kurcgant (1991) conclui que as condições que uma organização opera são ditadas de fora para dentro, ou seja, o ambiente externo, a organização influencia na sua estruturação e nos processos organizacionais. Propondo que não se alcançará a eficácia organizacional seguindo um único e exclusivo modelo, relacionando essa teoria a gestão em saúde, percebe-se que não há aplicabilidade prática, haja vista que trata-se de uma teoria ainda muito recente. Relacionada a essa mesma teoria encontra-se ainda a variável tecnologia traduzida por um imperativo tecnológico incorporada as ações dos serviços de saúde, otimizando o tempo e os recursos humanos na esfera do trabalho.

Por último, não menos importante, encontra-se a competitividade, esta se incorpora, segundo Chiavenato (2003) às novas abordagens na administração. Afirmando que podem ocorrer mudanças no clima organizacional à medida em que os indivíduos buscam

informação/formação para se promoverem, bem como colocar a instituição a qual representa em posição de destaque no cenário comercial competitivo.

As teorias lidam com essas seis variáveis básicas e a gestão em saúde é um ofício que incorpora cada uma dessas variáveis nas ações das suas prerrogativas e as teorias sinalizadas contribui instruindo o gestor na forma de administrar cada uma dessas variáveis.

4. VARIÁVEIS ADMINISTRATIVAS NA GESTÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Considerando as diferentes variáveis apresentadas pelas teorias administrativas como: **tarefa; estrutura; pessoas; ambiente; tecnologia e competitividade**, discutidas e apresentadas anteriormente como ferramentas capazes de melhorar ou modificar o processo de gestão, e conhecendo o formato do Programa Saúde da Família proposto pelo Ministério da Saúde, a partir de agora traçaremos um paralelo entre esses pontos.

4.1 TAREFA

A variável tarefa trazida pela Teoria Científica propõe basicamente o aumento da produção pela eficiência do nível operacional, pode ser entendida no contexto da rotina dos serviços de saúde como um conjunto de fatores que a instituição deve fornecer ao profissional para que ele execute o seu trabalho da melhor forma possível, não se tratando apenas de tecnologias, como as máquinas e equipamentos, mas também de aspectos relacionados à qualificação da equipe de trabalho.

Nesse sentido, é importante considerar o papel de cada integrante da equipe que constitui a Estratégia de Saúde da Família, haja vista que, estes são responsáveis pela execução prática do programa e possuem tarefas específicas determinadas no desenho do programa, cabe então a gestão no nível central instrumentalizar esses profissionais, aproximando-os da proposta de vigilância e monitoramento da qualidade de saúde da população, aprimorando os serviços, fazendo o registros das ações desenvolvidas, considerando que estes irão gerar indicadores de saúde que sinalizarão a qualidade da oferta desses serviços, bem como a sua eficácia, eficiência e efetividade.

O Ministério da Saúde preconiza que a Equipe de Saúde da Família deve ser composta, no mínimo, por 1 médico generalista (com conhecimento de clínica geral), 1 enfermeiro, 1 técnico/auxiliar de enfermagem. Podendo haver ainda 1 dentista, 1 técnico/auxiliar de consultório dentário e de 4 a 6 Agentes Comunitários de Saúde.

Atribuições da equipe (BRASIL, 2011):

- O médico - é um profissional que se ocupa da saúde humana, promovendo saúde, prevenindo, diagnosticando e tratando doenças, com competência e resolutividade, responsabilizando-se pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário. Além disso, o médico deve, em um trabalho conjunto com o enfermeiro, realizar e fazer

parte das atividades de educação permanente dos membros da equipe e participar do gerenciamento dos insumos.

- O agente comunitário de saúde (ACS) - exerce o papel de “elo” entre a equipe e a comunidade. Vivencia o cotidiano das famílias/indivíduo/comunidade com mais intensidade em relação aos outros profissionais.
- O técnico e/ou auxiliar de enfermagem - cabe, sob a supervisão do enfermeiro, realizar procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão tanto na Unidade de Saúde quanto em domicílio e outros espaços da comunidade, educação em saúde e educação permanente.
- O cirurgião-dentista - é o profissional de saúde capacitado na área de odontologia, devendo desenvolver com os demais membros da equipe atividades referentes à saúde bucal, integrando ações de saúde de forma multidisciplinar. A ele cabe, em ação conjunta com o técnico em saúde bucal (TSB), oferecer atenção individual e atenção coletiva voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais, de forma integral e resolutiva. Sempre que necessário, deve realizar os procedimentos clínicos, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares, além de realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea e ao controle de insumos
- Ao técnico em saúde bucal (TSB) - cabe, sob a supervisão do cirurgião-dentista, o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal, a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos

A partir dessa apresentação, é possível perceber o caráter preventivo, de promoção da qualidade de vida dos indivíduos inerente as ações desenvolvidas por cada profissional.

4.2 ESTRUTURA

No que tange a estrutura, variável apresentada pela Teoria Clássica essa por vez se limita a organização, a forma como os serviços se estruturam. Sendo assim, relacionamos a essa variável à função administrativa desenvolvida pelos gerentes das unidades de saúde, a Teoria Clássica da Administração atribui a essa função cinco comandos básicos que são: prever, organizar, comandar, coordenar e controlar, a Teoria Neoclássica por sua vez caracteriza a função administrativa como: planejar, organizar, dirigir e controlar, esses

atributos de forma separadas constituem-se as funções administrativas e esses quando tomados em conjunto, para o alcance de um objetivo formam o processo administrativo. Para maior compreensão a função administrativa pode ser subdividida em duas, sequencialmente denominadas de funções internas e externas.

As funções administrativas internas suscitam as questões administrativas das unidades de saúde em si, vistas pela administração interna. Uma forma dos gestores sinalizarem suas deficiências na forma de gerir as organizações, o que demonstra que os processos administrativo internos podem influenciar no resultado do trabalho e até mesmo na qualidade da assistência e podem ainda causar um tipo de sofrimento no trabalhador em decorrência da falta de resolubilidade de algumas questões e ainda gerar insatisfação e desinteresse da equipe.

As funções administrativas externas dizem respeito aos atos administrativos que estão sobre a ingerência do gestor na unidade de saúde, que é determinado por decisões externas ao ambiente hospitalar, caracterizado como ações distinta àquelas que são inerentes as instituições, como atos administrativos independentes da administração da unidade que estão associados com o poder de decisão além do gestor.

E para que não tenha um desarranjo nos serviços que dependem de algum comando externo, deve haver uma maior aproximação da administração interna com as outras instituições da rede de saúde em busca de melhores negociações e resolubilidade dos problemas. Conseqüentemente valorizando a percepção dos profissionais inseridos no serviço, no sentido de levar as suas impressões a instancias que consigam melhorar e interferir de forma positiva nos problemas da assistência prestada, favorecendo assim tanto usuários como a gestão do programa.

Diante das grandes modificações ocorridas na esfera corporativa, estudos revelam que o conceito de administração foi ampliado pela necessidade cada vez maior de competitividade das organizações e que o papel do gestor passa a ser interpretar os objetivos da empresa e utilizar os recursos disponíveis de maneira que consiga alcançá-los. Maximiniano (2010), e a administração não simplesmente uma arte de repartir os corpos, de extrair e acumular o tempo deles, mas de compor forças para obter um aparelho eficiente Foucault (1991).

Nesse sentido a administração do Programa Saúde da Família se integra como uma peça dentro de um desenho organizacional composto por diferentes segmentos, onde no plano

macro encontra-se o Sistema Único de Saúde, com sua base de princípios, com suas tarefas e rede de serviços articuladas, interadas, capazes de produzir resultados que impactam diretamente a vida dos seus interessados.

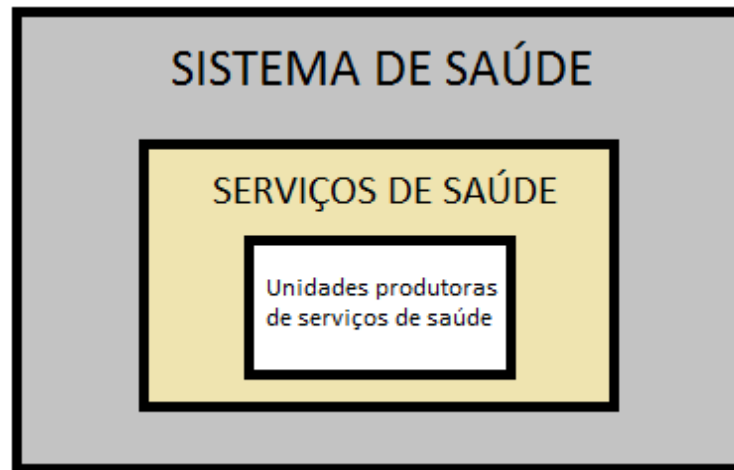


Figura 1: Sistema de saúde

Fonte: Elaborada pelo próprio autor com base em Brasil (2011).

No que se refere a estrutura física dessas Unidades produtoras de serviços de saúde, o Ministério da Saúde, também preconiza um formato, considerado ideal para o alcance das ações planejadas. A Unidade Básica de Saúde (UBS), antes de tudo, deve estar cadastrada no sistema de Cadastro Nacional e ser construída segundo normas sanitárias e de infraestrutura definidas pelo Departamento de Atenção Básica/SAS/MS, devendo possuir: consultórios médicos e de enfermagem e, caso possuam profissionais de saúde bucal, consultório odontológico; salas de acolhimento, procedimento, vacina, inalação, coleta de material biológico, curativo, observação, administração e gerência, além de áreas de recepção, arquivos, dispensação e armazenagem de medicamentos (BRASIL, 2011).

4.3 PESSOA

A subcategoria 'pessoa', vista na Teoria das Relações Humanas, tem o ser humano como seu objeto, atribuindo-lhe a autonomia, auto-desenvolvimento e a auto-realização. O dimensionamento dos recursos humanos dentro das organizações pode se constituir como um significativo entrave na efetivação da assistência prestada quando ineficiente.

Demeneghi (2010) afirma que "os aspectos quantitativos dos profissionais nas instituições de saúde são enfatizados para que haja a garantia da segurança e da qualidade de assistência ao cliente e a continuidade da vigília perante a diversidade de atuação nos

cuidados e na atenção da equipe de saúde." Sendo assim, o dimensionamento se constitui como um fator imprescindível para consolidação de uma assistência adequada. Além disso a formação constitui em um outro aspecto com grande relevância já que a mesma está intimamente associado à qualidade de assistência que será prestada.

Considerando tudo o que foi apresentado até aqui, a cerca dos diferentes fatores que determinam o funcionamento do programa, é possível afirmar que todo o recurso humano envolvido, nas suas diferentes funções, estas não se bastam em si mesmas, e um aprofundamento é necessário para que cada um se reconheça e reconheça também a atividade do outro e não se perca de vista o trabalho compartilhado, dessa forma não é qualquer perfil de profissional que cabe no programa

Sendo assim, é importante considerar a integralidade da formação da equipe colaboradora e esta deve ser capacitadas previamente para contribuírem efetivamente com a proposta, estando em consonância com a realidade posta, sendo parceira da comunidade em que está inserida, buscando atender a contento, dentro dos limites e possibilidades que são determinadas, as necessidades da comunidade.

4.4 AMBIENTE

Dando ênfase a variável ambiente, encontramos a Teoria Contingencial tratando das condições que uma organização opera. O que nos remete a pensar sobre as dificuldades advindas de uma estrutura física não planejada da unidade básica.

O planejamento arquitetônico de uma unidade do Programa Saúde da Família deve ser capaz de atender as funções determinadas, além de contribuir para o desempenho terapêutico não causando nenhum dano à saúde do cliente que ali permanece para tratamento.

Ainda nesse campo, podem incluir as questões relacionadas ao clima organizacional que implica na qualidade do ambiente que é experimentada pelos participantes que integram a equipe, considerando que essa 'atmosfera do trabalho' poderá influenciar no seu comportamento, no nível de interação, de comunicação entre os atores que compõe o conjunto do PSF. E quando o gestor adota um estilo de liderança considerado inapropriado, destoante da ideia de integração multidisciplinar pretendida no molde do PSF, promovendo situações que desarmonizam a convivência no trabalho, causando algum tipo de sofrimento psicológico a outrem, pode-se configurar nesse universo um quadro de assédio moral.

Com pouco mais de dez anos em discussão no Brasil, a temática assédio moral no ambiente de trabalho tem como seus marcos de discussão a dissertação de mestrado em psicologia social da médica Margarida Barreto (PUC/SP) e a tradução do livro da pioneira neste campo, Marie-France Hirigoyen (1998) que definem como sendo assédio moral:

[...] qualquer conduta abusiva, manifestando-se, sobretudo, por comportamento, palavra, atitude, gestos, escritos que possam trazer danos à personalidade, à dignidade ou à integridade física ou psíquica de uma pessoa, ameaçando seu emprego ou degradando o ambiente de trabalho. (HIRIGOYEN, 1998)

Homens e mulheres são submetidos a brincadeiras que magoam pelas características depreciativas [...] são falas como essas que ferem a dignidade, gerando sofrimento e decepção. Em vista disso são freqüentes as opções pelo acordo demissional, abrindo-se mão da estabilidade legal e “livrando-se” do sofrimento imposto pela insensibilidade das chefias e até dos colegas, que, por medo, aderem às “brincadeiras” dos superiores. (BARRETO, 2000)

É interessante notar que, o discurso das duas autoras, é extremamente similar, o que torna essa análise bem mais interessante, levando-se em conta que as autoras não se citam, mas, de modo geral, descrevem a temática sob mesmo foco e chegam a conclusões convergentes. Barreto enfatiza o sofrimento, a dor e a humilhação sofridos por pessoas que tiveram algum tipo de doença laboral e ao retornarem ao posto de trabalho sofrem, geralmente por parte da chefia, assédio moral, por não poderem retornar a produção máxima. Hirigoyen começa sua análise desde o núcleo familiar e expande para o meio corporativo. Mas sempre deixando claro que o assédio moral é sempre uma conduta abusiva que tem por característica, falas depreciativas ditas com a intenção de ferir, magoar a outrem, que é também o norte direcionador de Margarida Barreto.

Isso no cotidiano de produção do serviço e das ações de saúde, percebe-se que a gestão da atenção básica, no âmbito intermediário da gerência do Programa Saúde da Família não é apenas uma função administrativa ou burocrática, mas é também, sobretudo uma função técnica e política. Pois, as decisões que são tomadas diariamente pelos gestores desse programa, diante da necessidade de dar resolutividade a problemas concretos, não são uma prerrogativa individual, envolvem múltiplas referências institucionais e normativas, em um processo permeado por aspectos éticos e culturais e negociado com todos os sujeitos

implicados e afetados por estas decisões, sejam estes gestores, gerentes, usuários ou profissionais de saúde.

4.5 TECNOLOGIA

Tecnologia relaciona-se com a Teoria Contingencial, assim como a variável ambiente, e representa todo imperativo tecnológico incorporada as ações dos serviços de saúde. Sabe-se que o Programa Saúde da Família, encontra-se no plano da Atenção Primária a Saúde, que não demanda de tecnologias avançadas como os outros segmentos da saúde de média e alta complexidade.

Dessa forma, Merhy (2003) utiliza o termo “tecnologias materiais” para referir o conhecimento técnico usados na produção da saúde no plano da Atenção Básica, sendo assim os insumos/materiais que são necessários para o fazer em saúde, proposto pelo modelo de vigilância trazido pelo PSF, são considerados elementos tecnológicos.

Além disso, para Merhy (2005), as tecnologias podem ser classificadas como leve, leve-dura e dura. Todas tratam a tecnologia de forma abrangente, mediante análise de todo o processo produtivo, até o produto final. As tecnologias leves são as das relações interpessoais; as leve-duras são as dos saberes estruturados, tais como as teorias, e as duras são as dos recursos materiais.

De acordo com Merhy, a humanização do atendimento como tecnologia leve é uma forma de gerenciamento do trabalho nas relações, enquanto a atenção integral é tida como gerenciadora dos processos de trabalho humanizado. Esta tem como ações a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação da saúde e a humanização do atendimento.

O vínculo como tecnologia leve das relações no PSF parte do princípio de que os profissionais deverão estabelecer a responsabilização pela área adstrita; conseqüentemente, ocorre uma interação geradora de vínculos, "laços", entre os trabalhadores da saúde e os usuários, necessária ao mecanismo tecnológico para o desempenho do trabalho, de acordo com as diretrizes que norteiam a prática do PSF.

O objetivo básico da administração de materiais consiste em colocar os recursos necessários ao processo produtivo com qualidade, em quantidades adequadas, no tempo correto e com o menor custo, sendo importante assegurar o controle efetivo deste processo para evitar custos desnecessários e manter uma qualidade adequada da atenção. E quando há

falta desses insumos parece configurar-se como descaso do poder público, porque é dele a responsabilidade de fornecê-los. Pela falta de condições para exercer o trabalho, o mesmo torna-se mais estressante.

4.6 COMPETITIVIDADE

Variável incorporada as novas abordagens da administração, segundo Chiavenato (2003), e que rege que há mudanças no clima organizacional à medida em que aumenta a competitividade por promoções e prestígios. No contexto do Programa Saúde da Família esse tipo de situação pode existir quando há mais de uma equipe trabalhando na mesma Unidade Básica de Saúde, de forma interna, entre as equipes podem se configurar situações de competitividade.

A dimensão psicossocial também é considerada nessa análise, pois ela vislumbra-se múltiplos aspectos que se estruturam e que impactam diretamente na gestão do cuidado, que são: as relações interpessoais, do interesse, das expectativas e do enfrentamento do gestor no controle do trabalho.

Dejours (1998) afirma que "as relações de trabalho, dentro das organizações, freqüentemente, despojam o trabalhador de sua subjetividade, excluindo o sujeito e fazendo do homem uma vítima do seu trabalho", entende-se portanto que essas variáveis são elementos fundamentais no serviço de saúde, pois elas irão implicar na satisfação ou na insatisfação dos sujeitos nas suas relações bem como no seu bem estar no trabalho.

4.6.1 Aspectos Éticos

Nesse contexto, a ética constitui-se como parte essencial da política de uma organização e imprescindível para o crescimento da mesma, dessa forma os aspectos éticos a serem considerados dizem respeito a todas as condutas que revelam a seriedade e o compromisso no trabalho, considerando a autonomia, a experiência e a negligência como fatores que podem interferir na produção do cuidado. Amendoeira (2004) afirma que "a autonomia profissional tem sido, ao longo do tempo [...], um tema importante à compreensão da profissão, tanto na definição de seus desafios e objetivos como na forma como os trabalhadores se relacionam e se apresentam para a equipa de saúde e para a sociedade em geral" isso está diretamente ligado a experiência que o profissional conquista a longo da sua jornada, o seu amadurecimento. Enquanto a negligência trata da inobservância de deveres e obrigações, sendo assim a gestão precisa sempre se atentar e buscar integrar no seu agir os

valores e os princípios éticos dessa forma é imperioso reconhecer as questões éticas e compreender o seu significado.

4.6.2 Valorização do Trabalho

A valorização do trabalho humano não é uma construção recente. Ao refletir-se sobre a evolução histórica do trabalho consta-se que houve profundas mudanças desde a sua constituição, seja nas relações entre aqueles que vendem sua força de trabalho e aqueles que demandam, na concretização dos direitos trabalhistas, entre outros aspectos que culminam sobretudo na sua valorização. Além disso, cada um tem uma forma de expressar o que considera positivo da organização que representa, empregando-lhe algum valor.

Nos termos de Moraes (2009) "a valorização do trabalho humano significa proporcionar ao ser humano um trabalho que lhe dê orgulho em desempenhá-lo, lhe dê prazer, de forma que o trabalhador realmente se sinta feliz ao iniciar uma jornada de trabalho", ou seja a sua valorização não se limita em criar medidas de proteção ao trabalhador, a partir do momento que o trabalhador reconhece e revela valor, confirmando satisfação e contentamento.

5. CONCLUSÃO

O sistema de saúde no Brasil vem passando por transformações desde a década de 70. Na década de 80 houve o reconhecimento do direito a saúde e unificação do sistema, SUS (Sistema Único de Saúde), modelo atual vigente de política de saúde no Brasil. Em 1994 foram implantadas as primeiras equipes do Programa Saúde da Família (PSF), com intuito de reorganizar a prática da atenção a saúde, em busca da substituição do modelo tradicional. São evidentes os avanços ocorridos no Sistema de saúde no Brasil, principalmente em relação à organização da Atenção básica na última década.

O SUS e o PSF vem caminhando junto na tentativa de organizar a demanda utilizando a atenção básica como porta de entrada do sistema. Nesse sentido a Unidade de Saúde da Família (USF) é vista como um local com regra e/ou rotina a ser cumprida, com processos de gestão estabelecidos, com priorização da demanda organizada conforme programação prévia.

O PSF apresenta-se no atual cenário da política de saúde brasileira como um modelo de atenção em saúde, pautado no paradigma da vigilância à saúde que busca articular a ação programática em saúde com as políticas públicas setoriais e transeitoriais. Além disso, o PSF propõe uma ampliação do lócus de intervenção em saúde, incorporando na sua prática o domicílio e espaços comunitários diversos.

O que se observa na análise realizada nesse estudo, sistematizado á luz da literatura, é a estreita relação que existe entre o modelo do PSF apresentado pelo Ministério da Saúde e as Teorias Gerias da Administração com seus diferentes objetos. Quando colocados de forma paralela e analisados seus meandros, incorporando esses diferentes fatores (discutidos e apresentados ao longo do trabalho), à execução prática do programa, percebe-se o quanto essas teorias são aplicáveis nessa nova conjuntura de consolidação do programa e o quanto é possível perceber as situações de sucessos e insucesso que podem haver no desenvolvimento das ações de gerencia e ingerência do programa nas suas diferentes dimensões.

Cada fator tem sua relevância, que merece total atenção e discernimento do gestor no processo de gestão e tomada de decisão. Sendo conhecedor dessas situações discutidas em cada elemento que compõe as dimensões administrativas da gerência do PSF, e tendo a consciência de que estas situações sempre estarão postas de alguma forma, pois são inerentes ao processo de trabalho, haverá ferramentas em mãos suficientes e capazes de contribuir ativamente para efetivação de um programa com as características da Saúde da Família.

6.REFERÊNCIAS

- AMENDOEIRA, José (2004) - Enfermagem em Portugal. **Contextos, atores e saberes. Enfermagem**. Lisboa. Vol. 2, nº 35-36, p. 13-22
- BANDEIRA, Ricardo. Ele cresceu falta aparecer. **UFMG Diversa**, Minas Gerais, n. 16, nov. 2008. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:y0eALD5a7Fgj:www.ufmg.br/diversa/16/index.php/universalizacao+a+falta+de+conhecimento+do+programa+pela+classe+m%C3%A9dia+e+a+baixa+capacita&cd=1&hl=ptBR&ct=clnk&gl=br&lr=lang_pt.> Acesso em 20 de fev. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, 2011.
- BRASIL. **Decreto nº 4.682 de 24 de janeiro de 1923 – Lei Eloy Chaves**. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1923/4682.htm>>. Acesso em: 06/02/2013.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão Administrativa e Financeira no SUS**. 20. ed. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011). 132 p. Brasília 2011.
- CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à Teoria Geral da Administração**. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003. Ciências sociais. 11. ed. Porto, PT: [s.n.], 2001.
- FIGUEIREDO, Nébia; Pereira, Adriana; Tonini, Teresa. **Programas de atenção à Saúde**. 2005.
- FOUCAULT, Michael. **Vigiar e Punir**. 14.ed. Petrópolis: Cortez, 1987.
- GOMES, A. de C. **Regionalização e Centralização Política: partidos e constituinte nos anos 30**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.
- HIRIGOYEN, Marie-France. **Assédio moral: a violência perversa no cotidiano**. Tradução de Maria Helena Kühner. Rio de Janeiro, RJ: Bertrand Brasil, 2009
- KURCGANT, Paulina (coord.). **Administração em Enfermagem**. 1.ed. São Paulo: EPU, 2010.
- LAKATOS, Eva Maria. MARCONI, Maria de Andrade. **Fundamentos da Metodologia científica**. 6.ed. São Paulo, SP: Atlas, 2005.
- LIMA, N. T. **O Brasil e a Organização Pan-americana de Saúde: uma história em três dimensões**. In: FINKELMAN, J. (Org.). Caminhos da Saúde Pública no Brasil. Rio de Janeiro: Opas/ Fiocruz, 2002.
- MAXIMIANO, Antônio Cesar Amaru. **Introdução à Administração**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. **Saúde e Sociedade**. n.2, p. 72-87, maio-ago. 2006.

MERHY, E.E; FRANCO, T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional in **Saúde em Debate**, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.

Merhy EE. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

MINISTERIO DA SAUDE. **Manual do PSF. 2007**.

MOTTA, Fernando Cláudio Prestes. VASCONCELOS, Isabela Francisca Freitas Gouveia de. **Teoria Geral da Administração**.2.ed.São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

NETO, Rodrigues. A Reforma Sanitária e o SUS, 1994.

ROSEN, GEORGE. Uma história da Saúde Pública. Editora UNESP, 2ª edição, São Paulo, 1994.

SANTOS, Álvaro da Silva; MIRANDA, Sônia Maria Rezende C. (orgs.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. São Paulo: Manole LTDA, 2007.

VIANA, Ana Luiza D'Avila; POZ, Mario Roberto Dal.A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. **Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/%0D/physis/v15s0/v15s0a11.pdf> > Acessado em: 10 mar. 2013.

TEIXEIRA, S. M. & OLIVEIRA, J de A. A. **(Im) Previdência Social: 60 anos de história da previdência social no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1985.