

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**CUIDADO GERENCIAL E GERÊNCIA DO CUIDADO NA INTERFACE
DA UTILIZAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE
PELO ENFERMEIRO**

OLGA LAURA GIRALDI PETERLINI

CURITIBA
2004

OLGA LAURA GIRALDI PETERLINI

**CUIDADO GERENCIAL E GERÊNCIA DO CUIDADO NA INTERFACE
DA UTILIZAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE
PELO ENFERMEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem: Área de Concentração-Prática Profissional em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Ivete Palmira
Sansón Zagonel

**CURITIBA
2004**

PETERLINI, OLGA LAURA GIRALDI.

Cuidado gerencial e gerência do cuidado na interface da utilização do sistema de informação em saúde pelo enfermeiro / Olga Laura Giraldi Peterlini. – Curitiba, 2004.

vi, 132 f.

Orientadora: Profa. Dra. Ivete Palmira Sanson Zagonel

Dissertação (Mestrado) – Setor de Ciências da Saúde – Universidade Federal do Paraná.

1. Enfermagem em saúde pública. 2. Sistema de informação em saúde. 3. Serviços de saúde-Administração. 4. Enfermagem em saúde comunitária. 5. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Título.

CDD 610.734

CDU 614.253.5

TERMO DE APROVAÇÃO

OLGA LAURA GIRALDI PETERLINI

CUIDADO GERENCIAL E GERÊNCIA DO CUIDADO NA INTERFACE DA UTILIZAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PELO ENFERMEIRO

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem: Área de Concentração-Prática Profissional em Enfermagem, no Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora: Profª. Dra. Ivete Palmira Sanson Zagonel
 Departamento de Enfermagem, UFPR

Profª. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
Departamento de Enfermagem, UFSC

Profª. Dra. Maria Ribeiro Lacerda
Departamento de Enfermagem, UFPR

Curitiba, 8 de novembro de 2004.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Oswaldo Luís e à Maria Joaquina, meus pais,
os exemplos de honestidade, perseverança e
de respeito ao ser humano.

Ao Paulo, à Renata e Cláudia, com certeza,
também foi por vocês.

À Ivete, muito mais que orientadora, uma amiga.
Pelas tuas mãos, pude perceber a beleza e
a importância da pesquisa qualitativa.

Aos colegas do mestrado, muito do que aprendi.

À Elaine e Ester, o apoio e incentivo.

Aos enfermeiros Autoridade Sanitária
minha admiração pelo que estão fazendo.

À Faculdade Evangélica do Paraná, o
constante apoio nesta caminhada.

À Universidade Federal do Paraná por
esta oportunidade.

Ao NEPECHE- Núcleo de Estudos Pesquisa
e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem/ UFPR pelas
valiosas contribuições e aprendizado na
convivência com o grupo.

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	v
RESUMO	vi
ABSTRACT.....	vii
1 INTRODUÇÃO.....	1
2 DELINEANDO A INQUIETAÇÃO	9
2.1 QUESTÃO NORTEADORA.....	9
2.2 OBJETIVOS	9
2.3 PRESSUPOSTOS	9
3 TRAJETÓRIA PROFISSIONAL	11
4 REFERENCIAL TEÓRICO	22
4.1 O SISTEMA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CURITIBA: COMO SE CONSTRÓI	22
4.2 O SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	27
4.2.1 Um Pouco da História	27
4.2.2 O Conceito	29
4.2.3 O Sistema de Informação em Saúde no Brasil.....	30
4.2.4 Sua Importância	33
4.3 O AGIR PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NA AÇÃO GERENCIAL	40
4.3.1 Cuidando e Administrando	40
4.3.2 O Enfermeiro na Ação Gerencial	44
4.3.3 A Gerência Contemporânea	48
4.3.4 Gerenciando para o Coletivo	51
5 CAMINHO METODOLÓGICO.....	57
5.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA	57
5.2 CONTEXTO DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO	60
5.3 SUJEITOS DO ESTUDO	61
5.4 INSTRUMENTO DE COLETA DAS INFORMAÇÕES	62
5.5 ASPECTOS ÉTICOS	64
5.6 ANÁLISE DAS DESCOBERTAS	66
6 APRESENTANDO OS RESULTADOS	70
7 IDÉIAS CONCLUSIVAS	111
REFERÊNCIAS	123
ANEXOS	130

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – MODELO CONCEITUAL: Interseção cuidado gerencial e gerência do cuidado	110
Figura 2 – Representação do movimento da prática gerencial do enfermeiro em unidades de saúde.....	113
Quadro 1 – Unidades de contexto e unidades de significação.....	71

RESUMO

PETERLINI, Olga Laura Giraldi. **Cuidado gerencial e gerência do cuidado na interface da utilização do sistema de informação em saúde pelo enfermeiro**. 2004. 111f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

Orientadora: Profa. Dra. Ivete Palmira Sanson Zagonel

Este estudo exploratório-descritivo objetiva compreender como se processa a utilização do Sistema de Informação em Saúde (SIS) pelo enfermeiro gerente no desenvolvimento da prática do cuidado. Utiliza-se como metodologia a pesquisa qualitativa. O cenário escolhido é um distrito sanitário do Município de Curitiba, no Paraná, e os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada e analisados à luz do referencial para a análise de conteúdo de Bardin (1977). Foi possível apreender que o Sistema de Informação em Saúde é fundamental nas ações que o enfermeiro gerente desenvolve como responsável por um distrito sanitário. Ele necessita de informações clínicas, epidemiológicas e gerenciais para o desenvolvimento das diversas atividades do cotidiano da sua prática profissional. Também, detectou-se que as ações gerenciais do enfermeiro em saúde coletiva apresentam dois movimentos: um mais abrangente, em que o objetivo é o desenvolvimento de ações, voltado para toda a população da área de abrangência da unidade de saúde e identificado como cuidado gerencial, e um mais focado em uma determinada parcela da população, identificado como gerência do cuidado. Este estudo mostrou sua relevância, à medida que desencadeou uma reflexão sobre a prática profissional gerencial do enfermeiro em saúde coletiva e sobre a utilização do Sistema de Informação em Saúde como instrumento essencial para a prática do cuidado.

Palavras-chave: Sistema de Informação em Saúde; Cuidado Gerencial; Gerência do Cuidado.

ABSTRACT

PETERLINI, Olga Laura Giraldi. **Managerial care and care management concerning the use of Health Information Electronic System by nurses**. 2004. Thesis (Masters degree in Nursing) – Graduate Program in Nursing. Federal University of Paraná (UFPR), Curitiba, Brazil.

Adviser: Profa. Dra. Ivete Palmira Sanson Zagonel

This is a descriptive and exploratory study that, by drawing on the qualitative methodology, aims to understand how the manager nurse uses the Brazilian health information electronic system, called Sistema de Informação em Saúde (SIS), in the care practice. The set where the research took place was a sanitary district in Curitiba, the capital of Paraná, a state in south of Brazil. Data was collected by applying semi-structured interviews and the analysis was based on Bardin's content analysis theory (1977). As a result, it was found that such electronic system is essential for the work that the manager nurse realizes as being responsible for a sanitary district, once he needs clinical, epidemiological, and managerial information for the accomplishment of various everyday activities in his professional practice. Moreover, it was detected that the managing activities of the collective health nurse can be considered as divided into two factions. One is broader, its objective is to achieve actions, it refers to all people who lives in the area covered by the health unity and is identified as managerial care. The second focuses on a certain part of that population and is identified as care management. This study provided evidence of its relevance when it triggered off reflections on health collective manager nurse's professional and managerial practice and also on the use of that health information electronic system as an indispensable tool for the care practice.

Key-words: Brazilian Health Information Electronic System; Managerial Care; Care Management.

1 INTRODUÇÃO

O setor de saúde vive um momento especial no Brasil. Poucos países do mundo, dentre os quais Itália, Canadá, Dinamarca e Finlândia, tiveram a ousadia de garantir na sua Constituição um sistema gratuito, universal e de penetração considerada continental, principalmente quando se considera a extensão territorial do País e a quantidade estimada de usuários do Sistema Único de Saúde do Brasil, o SUS, que é de aproximadamente 120 milhões.

Não obstante, o Sistema Único de Saúde, apesar de seu alcance social, tem enfrentado sérios problemas de ordem financeira, organizacional e operacional, os quais têm dificultado a sua implantação e implementação da forma desejada. As alternativas apontadas para solucioná-los passam por novas propostas de modelos de gestão e de atenção à saúde, tencionando, portanto, redesenhar uma nova *performance*, caracterizada por menor desperdício, maior resolutividade e, principalmente, voltada para a melhoria da qualidade dos serviços ofertados.

Alma-Ata, em 1978, foi o evento que alavancou o movimento da reforma sanitária no Brasil, com a proposta de 'Saúde para todos no ano 2000', sobretudo, por referendar a atenção primária à saúde. Já os princípios de universalização, equidade e descentralização, dentre outros, os quais são princípios de luta, foram consagrados na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e com o surgimento do Sistema Único de Saúde. Tornou-se, então, necessário pensar no aspecto organizacional desse sistema de saúde de tamanha abrangência, que foi legalmente instituído pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90 (BRASIL, 1990a e 1990b).

Um dos princípios concretizados parcialmente na década de 1990 refere-se à descentralização das ações, também chamada de processo de municipalização da saúde. Esse princípio, ao mesmo tempo em que confere autonomia financeira, política e técnica aos municípios, também lhes atribui maior responsabilidade, principalmente no que concerne ao direcionamento das ações de saúde voltadas para as necessidades reais da comunidade. Essa nova modalidade de gestão substituiu o modelo centralizado, cujas origens são anteriores aos anos 1930, por um sistema no qual os municípios devem assumir a gestão dos programas de saúde comunitária e de atenção básica à saúde, além de regular a rede hospitalar instalada no município e pactuar, no nível regional, a assistência de maior complexidade para os seus habitantes.

Esse novo papel, regulamentado pelas Normas Operacionais Básicas NOB/SUS-01/93 e NOB/SUS-01/96 (BRASIL, 1997), introduziu mudanças significativas na atuação dos municípios e estabeleceu para eles maior responsabilidade, sobretudo frente à coordenação e execução das ações dos serviços de saúde. Assim, o planejamento, o controle e a avaliação tornaram-se instrumentos obrigatórios a serem utilizados para o direcionamento das suas ações (HEIMANN, 1998 e 2000). Esse novo modelo de gestão exige, conseqüentemente, cada vez mais, que os profissionais envolvidos tenham uma *performance* gerencial diferenciada e também tem sido colocado, muitas vezes, como estratégico para a viabilização de novos modelos de saúde (FRACOLLI, 2000; CAMPOS, 2000).

Para que se efetivassem essas mudanças substantivas, houve a necessidade de se pensar num plano estratégico, capaz de superar o desafio da transformação necessária. Uma das estratégias diz respeito ao tipo de gerente de saúde, com perfil

adequado para essa nova realidade, e a outra se relaciona aos suportes técnico e organizacional necessários para o desenvolvimento da prática em saúde.

Praticamente, não existe consenso sobre o gerente ideal ou adequado para as Unidades de Saúde (USs) e que possa dar conta das diferenças regionais deste imenso País, mas existe, sim, um consenso tímido, simplista e que esboça as competências necessárias para dar resposta às necessidades da comunidade e do sistema de saúde. Sobre isso, alguns pesquisadores apontam que esse gerente tem de ser um profissional capaz de reconhecer, na realidade local, as reais necessidades da população e que possa levantar dados que favoreçam a reorganização do serviço, objetivando produtividade com qualidade, eficiência e eficácia. Desenvolvendo o trabalho em parcerias, buscando ações intersetoriais e, utilizando-se do conhecimento interdisciplinar, a atuação e o raciocínio multidisciplinar para a resolução dos problemas (BÔAS, LIBERALINO e MOTA, 1998).

Nesse sentido, Mishima *et al.* (1996) expõem algumas funções que o gerente deve desempenhar na consolidação do distrito sanitário. Dentre elas, estão: coordenar as unidades próprias e as atividades intersetoriais voltadas para a saúde, bem como o diagnóstico e a análise da situação de saúde; definir estratégias necessárias para a superação dos problemas de saúde; organizar as equipes de saúde; gerenciar os materiais de consumo e de pessoal; e coordenar e avaliar o fluxo de referência e contra-referência entre os níveis de atenção.

Existe, também, consenso em relação ao tipo de trabalho a ser realizado com vistas à resolução dos problemas sociais que permeiam a área da saúde.

Entende-se como distrito sanitário uma divisão territorial definida a partir de critérios populacionais, epidemiológicos e políticos, com o objetivo de facilitar o

planejamento, a organização e o desenvolvimento de ações de saúde que atendam às necessidades da comunidade que vive naquela área de abrangência. Moysés *et al.* (2001, p.28) colocam os objetivos do distrito sanitário, na perspectiva da descentralização, como sendo:

[...] aumentar a capacidade de resolver problemas, aproximando a tomada de decisão do lugar onde os problemas ocorrem; reverter à sociedade a capacidade de participar na tomada de decisão, passando de objetos a sujeitos do processo saúde doença; permitir a cobertura populacional com equidade e eficiência; melhorar a organização e desburocratizar as estruturas administrativas; enfim, buscar melhorar, em vários planos e dimensões, a Qualidade de Vida no lugar concreto onde crianças, adultos e idosos desfrutam sua existência.

Para que os objetivos propostos para a descentralização das ações e a distritalização ocorram, é fundamental que haja suporte técnico, o que se refere, principalmente, ao desenvolvimento de um sistema de informação em saúde que forneça elementos para um processo de avaliação que permita ao poder público exercer o seu papel regulador e de condutor de uma política de saúde para os usuários do Sistema Único Saúde. Em particular, esse sistema de informação deve gerar ações com capacidade de discriminação positiva, ou seja, ofertar exatamente aquilo de que a população precisa e para quem precisa.

Nesse sentido, a informação constitui suporte básico para toda atividade humana, posto que o cotidiano é um processo permanente de recebimento e transmissão de informações. Por isso, pode-se dizer que há consenso de que não é possível exercer gerência em nenhum setor, se não houver um sistema de apoio à decisão que se sustente na informação. “Toda a informação, portanto, deve gerar uma decisão, que, por sua vez, desencadeia uma ação” (CARVALHO e EDUARDO, 1998, p.8).

Há de se considerar, ainda, que o processo de descentralização das ações, para os municípios, e, conseqüentemente, das informações em saúde traz também

a necessidade de capacitação técnica de seus recursos humanos e de adequação de sua infra-estrutura, de forma a adaptá-los à produção e ao gerenciamento das informações no nível municipal. Levando isso em conta, alguns municípios do Brasil, no final dos anos 1990, desenvolveram um sistema de informação em saúde local, com a finalidade de coletar e colocar à disposição informações pertinentes para os gerentes das suas unidades de saúde.

Nesse contexto, justamente, as inquietações começam. O profissional enfermeiro tem assumido cada vez mais funções gerenciais em todos os níveis de atenção à saúde, principalmente na coordenação de programas gestados pelos governos federal, estadual e municipal e no gerenciamento de unidades de saúde, sobretudo nos municípios em Gestão Plena do Sistema.

Gil (1998) constatou que o profissional enfermeiro tem sido designado como gerente ou coordenador de unidades de saúde na maioria dos municípios brasileiros e que algumas questões têm reforçado essa prática. Dentre elas, estão a dedicação de tempo integral do enfermeiro ao serviço, o fato de ele ter conhecimento maior da realidade interna e externa das unidades de saúde e, principalmente, a sua capacidade de desenvolver trabalho em equipe.

Na especificidade dos programas de saúde, a prática gerencial do enfermeiro envolve atividades diversas que englobam gerenciamento do cuidado, gestão de recursos materiais, gestão de recursos humanos e ações de acompanhamento e avaliação das atividades desenvolvidas no aspecto quanti-qualitativo.

Já na função de coordenador de unidades de saúde, o enfermeiro desenvolve um trabalho mais complexo, pois não apenas organiza a infra-estrutura para que o processo de trabalho da enfermagem ocorra, mas, também, para que o processo de trabalho de outros profissionais transcorra com tranquilidade. Ainda, ele atua no

sentido de detectar ações realizadas em função das metas estabelecidas e pactuadas, bem como no acompanhamento sistemático dos dados e indicadores gerados pelo Sistema de Informação em Saúde, tornando possível direcionar as ações de acordo com os problemas detectados.

Desse modo, a ação gerencial, dependendo da sua dimensão e amplitude, apresenta níveis de complexidade diferenciados. Outra ação importante e própria do papel de gerente é manter a equipe treinada e atualizada para atender à demanda dos diferentes programas, seja ela relativa ao conteúdo técnico ou operacional.

Atuando na gerência de unidades de saúde, os enfermeiros detêm a responsabilidade e o poder decisório na condução das ações, não somente da equipe de enfermagem, mas de outros profissionais da área da saúde. Para tanto, o enfermeiro gerente necessita identificar as necessidades e os problemas relacionados à operacionalização dos programas em andamento e os problemas técnicos e epidemiológicos da sua área de abrangência, além de desenvolver planos de intervenção que previnam, reduzam e eliminem, na medida do possível, os problemas identificados.

Nesse sentido, Vasconcellos, Moraes e Cavalcante (2002) destacam que o processo decisório implica compromissos assumidos, é um processo de escolha, e, a cada dia, torna-se mais difícil, dada a simultaneidade de problemas com complexidade cada vez mais crescente.

Então, o enfermeiro, na sua atividade de gerenciamento, depara-se com uma gama de situações, cuja complexidade oscila entre as mais corriqueiras e as mais complicadas, para as quais deve apresentar decisões. As decisões mais simples, mesmo exigindo um nível adequado de conhecimento, constituem etapas que ocorrem de maneira fácil, espontânea e condicionada. Já os problemas mais

complexos, como os casos em que se devem decidir ações que tragam benefícios a uma parcela maior da população ou a uma população de risco, requerem conhecimento mais apurado, análise mais minuciosa e tomada de decisão efetiva.

A decisão sobre prioridades, frente aos indicadores de saúde de uma determinada população, é de extrema importância. Assim, o trabalho do enfermeiro deve subsidiar-se em dados colhidos, sistematizados e analisados, pois a informação é a base da decisão e o ingrediente fundamental do processo decisório (DURO, 1998; BERTO, 2000).

Com base nesse contexto, escolheu-se a utilização dos dados do Sistema de Informação em Saúde (SIS) pelos enfermeiros, na sua prática de cuidado profissional, como objeto de estudo desta investigação.

Ainda, pressupõe-se que, mediante a compreensão da realidade cotidiana dos enfermeiros nas suas ações gerenciais, podem-se criar possibilidades de solução dirigidas aos problemas que dificultam essa prática no dia-a-dia, não apenas relativas às ações de gerenciamento do Sistema de Informação em Saúde, mas também ao desenvolvimento de competências, via ensino formal ou informal, que possam resultar em um profissional cujo desempenho seja adequado e responda às reais necessidades da população.

A partir dessa exposição e embasada em minha experiência profissional – atuando como coordenadora de extensão de uma faculdade de Curitiba, com profissionais de uma área pertencente a um distrito sanitário, que conta com 11 unidades de saúde, um centro de especialidades, uma unidade com atendimento 24 horas e um hospital para atendimento de média complexidade, bem como subsidiada pela literatura pertinente, proponho, neste trabalho, aprofundar

conhecimentos e desvelar a utilização do Sistema de Informação em Saúde pelo enfermeiro, na efetivação da prática de cuidado.

Para tanto, dividi este estudo em cinco seções principais. Na seção seguinte, apresento a questão que norteia a pesquisa, seus objetivos e pressupostos; no capítulo 3, descrevo minha trajetória profissional, relacionando-a à pesquisa; o referencial teórico é apresentado e discutido no capítulo 4; a metodologia consta no capítulo 5; a seção 6 dedico a expor os resultados do estudo; finalmente, reúno as reflexões e conclusões no capítulo 7.

2 DELINEANDO A INQUIETAÇÃO

2.1 QUESTÃO NORTEADORA

Para desvelar a inquietação que me levou a desenvolver este estudo, proponho a questão: **Como o enfermeiro manifesta o cuidado na prática gerencial utilizando o Sistema de Informação em Saúde?**

2.2 OBJETIVOS

A pesquisa pretende atingir os seguinte objetivo:

- Apreender a dimensão conceitual entre cuidado gerencial e gerenciamento do cuidado na interface da utilização do Sistema de Informação em Saúde pelo enfermeiro.

2.3 PRESSUPOSTOS

Os pressupostos de que se vale a pesquisa são os seguintes:

- O Sistema de Informação em Saúde auxilia o profissional enfermeiro gerente na prática do cuidado;

- A leitura e a compreensão dos dados fornecidos pelo Sistema de Informação em Saúde geram conhecimentos a partir da reflexão e subsequente tomada de decisão; e
- A prática do cuidado em unidades de saúde envolve ações, habilidades e atitudes inerentes às dimensões do cuidado humano e utiliza o gerenciamento do cuidado e o próprio Sistema de Informação em Saúde como instrumentos da prática profissional.

3 TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

Era final do ano de 1961, Natal, eu tinha então sete anos de idade, e esperava com ansiedade meu presente de Papai Noel: um corpo humano de plástico, montável peça a peça. Eu passava horas e horas com aquele brinquedo, montando-o, desmontando-o, lendo o manual, interpretando aquele quebra-cabeça perfeito que, para mim, era um mistério, tanta perfeição, o milagre da vida. Não foi naquele momento, naquela época, que fiz a minha escolha profissional de ser enfermeira, mas, com certeza, foi então que optei por lidar com o ser humano e ajudá-lo na manutenção de sua máquina maravilhosa.

Passados três anos, num dia muito frio na cidade de São Paulo, fui com minha mãe a um grande hospital, visitar uma amiga enfermeira, então chefe do Serviço de Enfermagem daquele hospital. Até hoje, lembro-me bem da sala grande, com piso de mármore, com o pé direito muito alto, uma mesa enorme de trabalho e, de que, a toda hora, aquela mulher vestida de branco, muito elegante, era interrompida para resolver problemas daquele hospital enorme. Ao final da conversa, não poderia faltar aquela pergunta clássica.

– O que você vai ser quando crescer? – eu, prontamente, tiritando de frio, respondi.

– Enfermeira, igual a você.

Hoje, sinto que foi naquele momento que escolhi ser enfermeira e, talvez até, desempenhar uma função mais administrativa do que de cuidado direto ao paciente. Assim começou a elaboração do meu projeto de vir a ser um profissional. O projeto profissional pode ser construído a partir de uma escolha vocacional peculiar, de uma

trajetória escolar profissionalizante ou, ainda, por meio de uma ação própria de atuação na enfermagem.

A escolha pode ser apontada por dois tipos de desejos: inominados e nominados. Os desejos inominados são construídos mediante a ausência de clareza dos atributos profissionais e a sinalização de exigências instintivas, como vontade, desejo e necessidade, sentidas como chamamento. Já os desejos nominados relacionam-se a uma escolha realizada, em que se levam em conta indícios dos atributos profissionais, identificando-se a diversidade de atuação, a garantia econômica e a satisfação na relação com o humano. Emerge, assim, uma concepção mais elaborada da escolha profissional, contemplada em valores, desejos e perspectivas de ação. Nesse momento de escolha e projetos, o indivíduo com certeza convive também com sentimentos gerados pela necessidade de escolher, considerando um futuro que lhe confira segurança, *status*, mobilização, motivação (IDE, 2001).

O projeto de ser enfermeira voltada para as questões administrativas esteve presente desde o início do ciclo de disciplinas profissionalizantes do curso de graduação. Sendo fiel a isso, elegi uma professora como modelo, como todo aluno faz, a qual desenvolvia principalmente o cuidado direto, numa iniciativa desbravadora de integração docência-assistência. O seu exemplo de cuidado direto, de cuidado humanizado, até hoje constitui uma boa lembrança e, sempre que estou atuando diretamente com pacientes, recordo-me dela, de como ela desenvolvia o cuidado e do quanto aparentava ser bom e gratificante ser cuidador.

No curso de graduação, durante a avaliação de uma disciplina prática, as professoras (eram duas professoras), muito delicadamente, argumentaram que era preciso que eu refletisse muito sobre minha escolha profissional, pois elas chegaram

à conclusão de que eu nunca serviria para ser enfermeira. Naquele momento, eu já tinha feito o meu projeto profissional, e talvez aquela tenha sido a situação mais difícil que eu enfrentei durante a faculdade e cuja lembrança tem me acompanhado, principalmente, em situações que requerem avaliação.

Apesar disso, tal situação foi logo superada. No início do meu primeiro emprego, como enfermeira num grande hospital, fui bem aceita pelos colegas funcionários, pela instituição e pelos pacientes, que constantemente elogiavam a minha atuação. A partir desse fato, a indagação e a incerteza sobre a avaliação e a busca por um processo avaliativo mais justo e mais construtivo têm me acompanhado. Percebi o quanto o trabalho é importante e gratificante na trajetória de vida.

Nesse momento, eu já gostava de atuar em unidades com pacientes graves e em centro cirúrgico. Era a minha grande paixão. Cheguei a pensar que talvez não gostasse de conversar muito com os doentes ou gostasse de conversar rapidamente, mas, por outro lado, eu vibrava quando a equipe conseguia sucesso na recuperação dos pacientes. Contudo, o que eu mais gostava era de pensar em formas organizacionais que facilitassem o trabalho diário da equipe de enfermagem. Para mim, sistematizar a assistência era uma meta. Havia a prescrição de enfermagem realizada num sistema de Kardex, e eram executados vários procedimentos, como tapotagem, aspiração oral e endotraqueal, avaliação nutricional, os quais hoje são realizados por outros profissionais.

Minha paixão por questões administrativas e organizacionais fez com que eu buscasse especialização nessa área. Nesse sentido, encontro eco em Peduzzi (2001), que considera que a escolha de uma especialização é intencional, porque há uma construção prévia que o homem traz em mente, desde o início do processo de

vir a ser um profissional. Por outro lado, apesar de saber exatamente o que eu queria, o mercado de trabalho da época também era desejoso de enfermeiros que desenvolvessem com competência atividades administrativas em uma unidade de internação ou em um posto de saúde, sendo objeto do trabalho o ser humano e a ação, a assistência. Nesse processo, solidifiquei meu objeto de trabalho, que era assistir o ser humano, e elenquei instrumentos necessários para o desenvolvimento do trabalho que possibilitasse uma assistência com qualidade.

Enquanto cursava especialização, fui trabalhar numa unidade de internação também de um grande hospital, destinada a pacientes com problemas digestivos graves, muitos deles necessitando de nutrição parenteral. Ali, adquiri muitas habilidades, no preparo de frascos e frascos destinados à nutrição parenteral, que naquela época era função da enfermeira. Aprendi novas técnicas administrativas de controle de estoque e como conduzir adequadamente a equipe de enfermagem, numa unidade que tratava de pacientes praticamente crônicos, mas altamente dependentes, física e psicologicamente, pois eram jovens internados por seqüelas de aborto, cirúrgicas e por todo tipo de ferimento na região abdominal.

Nesse contexto, encontrei um senhor japonês, já com certa idade e com várias fístulas abdominais, conseqüência de ferimentos durante a Segunda Guerra Mundial, e que não falava nenhuma palavra em português. Ele ensinou-me que a maior comunicação entre seres humanos não depende de palavras, que basta um olhar e que não há barreiras de idiomas, de raça ou de idade no processo de cuidar. Acima de tudo, ele ensinou-me que essa é a parte mais bela da enfermagem. Eu o entendia e tenho, até hoje, a impressão de que ele também sabia, pelo jeito como ele segurava a minha mão, quando algo não estava indo bem.

Entendo que a comunicação permeia todas as ações do ser humano, porque gira em torno de pessoas, e a enfermagem existe para o ser humano. Comunicação é mais do que dizer palavras. As ações e como elas são feitas transmitem tanto significado quanto o modo como se fala ou o que se faz enquanto se fala (KRON, 1987).

Também o estudo do comportamento cinético do corpo tem mostrado que a observação da postura corporal e das expressões corporais do interlocutor é importante para que a comunicação tenha mais chance de se tornar efetiva. Tocar é uma forma de comunicação não-verbal e pode significar distância ou envolvimento entre as pessoas que estão se comunicando (CIANCIARULLO, 2000).

Foi também nessa unidade de internação que aprendi o quanto é produtivo trabalhar com a equipe multiprofissional e que o conhecimento, a postura ética e o compromisso determinam o reconhecimento profissional.

Nesse ínterim, estudos que realizei sobre administração levaram-me para o planejamento e a organização de um hospital recém construído e, posteriormente, à gerência de um hospital especializado em obstetrícia e pediatria. Esse foi um período do 'fazer', dar conta das atividades. Eu me sentia como se estivesse anestesiada. Não havia como refletir. Era um fazer solitário. Das ações, poucas eram reconhecidas, então, aprendi a buscar valorização em mim mesma, na minha consciência, fortaleci-me. Aprendi a buscar o reconhecimento nas pequenas manifestações dos pacientes, dos funcionários e até do corpo clínico. Aprendi também que a enfermagem é uma classe desunida, em que a equipe de enfermagem atua de forma individual, técnicos e auxiliares são, na realidade, auxiliares médicos e têm grande dificuldade de interagir com o enfermeiro.

Nesse ambiente de trabalho, na busca de uma interação mais efetiva e união do grupo, procurei, na proposta da administração por objetivos, a qual tem uma filosofia participativa e interacionista como concepção, uma nova forma de administrar. O pouco que consegui realizar da proposta mostrou-me que esse poderia ser o caminho para a melhoria do compromisso e da co-responsabilidade da equipe de enfermagem. Afinal, o compartilhamento das responsabilidades com os sucessos e insucessos do serviço é fundamental para o sucesso em qualquer estrutura administrativa (MALVESTIO, 2000).

Reagindo contra essa inércia, busquei na docência uma possibilidade de construção mais coletiva do trabalho e conseqüente satisfação profissional. Novamente, a necessidade de capacitação específica bateu em minha porta. Dessa vez, era em metodologia de ensino.

Na docência, novas demandas e necessidades fizeram-se sentir. Por exemplo, a de uma aproximação com a associação da classe, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Eu era associada desde 1976, mas não participava, apenas votava e ia aos Congressos Brasileiros de Enfermagem. Essa necessidade surgiu após eu reconhecer que essa instituição é o espaço legítimo de discussão técnica, política e ideológica da enfermagem.

Como presidente de regional e de seção, vivenciei a grandiosidade do trabalho de várias colegas que, num esforço de doação sobrenatural, fazem da ABEn a casa de todos os enfermeiros. Em meados dos anos 1980, a ABEn comandou o processo democrático da construção de uma nova proposta curricular para os cursos de graduação. Nessa ação, a troca de experiência entre as escolas, entre os seus docentes, surgiu como uma necessidade, a ponto de a ABEn formar um grupo para discussão o ensino superior e outro para o ensino médio.

Esse momento foi importante, pois, pela troca de experiências entre as colegas das diversas escolas, foi possível, em pouco tempo, discutir temas como: objetivos educacionais específicos para a enfermagem; avaliação de desempenho; e métodos de ensino e estratégias para articular o processo de integração ensino-serviço. Também, participei do Movimento Participação que, na época, buscou uma ABEn mais democrática e voltada para os objetivos da categoria.

Na docência da disciplina Administração em Enfermagem, eu procurava desenvolver o processo de ensino centrado nos conteúdos de administração geral, priorizando a administração das unidades assistenciais, fossem elas hospitalares ou de saúde comunitária, em detrimento da administração da assistência de enfermagem. Em 1987, adquiri um livro que tratava da administração do cuidado, até então, poucas vezes tinha ouvido algo sobre cuidado, ou mesmo o discutido, principalmente como essência da enfermagem.

Eu considerava, até então, como essência da enfermagem, a assistência ao ser humano que, para mim, tinha uma concepção mais abrangente e que incluía as questões administrativas que eu tanto valorizava. Na perspectiva e na concepção do cuidado até então colocada, as atividades administrativas do enfermeiro não tinham espaço. Assim, ignorei o termo 'cuidado' por muitos anos, por achar que o termo 'assistência' estava mais de acordo com a minha proposta de fazer enfermagem.

O meu cotidiano era permeado de ações administrativas, voltadas sempre para o bem-estar dos pacientes. Eu não cuidava diretamente e sentia que fazia enfermagem. Sempre senti ser enfermeira. Na docência, ininterruptamente procurei desenvolver alguma atividade assistencial, que foi sempre efetivada em unidades de saúde, atendendo o ambulatório de prevenção do câncer ginecológico, a mulher vítima de violência ou desenvolvendo atividades educativas para mulheres em

comunidades carentes, comunidades rurais. Somente então começou a minha trajetória, a minha paixão por programas de saúde destinados a uma parcela maior da população, a chamada saúde coletiva.

Essa paixão motivou-me a discutir com a Secretaria de Saúde do Estado do Paraná e outras organizações um plano, para todo o estado, de um Programa de Prevenção e Detecção Precoce do Câncer Ginecológico. Esse programa veio ao encontro do desejo das organizações de mulheres, das organizações científicas e, principalmente, do próprio governo, que o justificava epidemiologicamente.

Nesse sentido, o grande desafio foi pensar num programa factível, de qualidade e que respeitasse os princípios da descentralização, equidade e integralidade. Para que isso acontecesse, treinaram-se profissionais das regionais e dos municípios sedes de regional, para o desenvolvimento gerencial do programa, e enfermeiros e auxiliares de enfermagem dos municípios, para o procedimento de coleta, registro e encaminhamento de material colpocitológico. Pactuou-se regionalmente o atendimento secundário e terciário, garantindo, assim, a continuidade do atendimento. Foram treinados aproximadamente 500 profissionais de enfermagem. Esse foi o primeiro programa do estado em que se pensou também num sistema de informação, contando com a tecnologia da informática, e que possibilitasse um controle quantitativo e qualitativo dos exames realizados. Seis meses depois, assumi a coordenação estadual do programa e, posteriormente, um departamento ao qual todos os programas de saúde do estado estavam ancorados.

Em 1998, o governo federal lançou a primeira campanha nacional de prevenção do câncer de colo de útero, o Programa Viva Mulher. Mais uma vez, participei da coordenação dos treinamentos para todo o território nacional. Nesse processo de treinamento, acompanhamento e avaliação do programa, percebi o

quanto é difícil treinar os gerentes de programas para as funções gerenciais de acompanhamento, tanto no aspecto epidemiológico como gerencial propriamente dito.

Entendo que a função de gerenciamento de um programa envolve atividades de gestão de recursos materiais, para realizar a quantificação necessária dos insumos e a avaliação da qualidade deles; atividades de gestão de recursos humanos, com treinamentos e reciclagem; e atividades de acompanhamento dos resultados das citologias. No meu entender, é essa atividade de processo analítico dos dados fornecidos pelo sistema de informação que possibilita a condução e recondução do programa. É nessa atividade que o gerente se apropria de informações que justificam as ações de preparo e pactuação das referências para atendimento secundário e terciário. Ela possibilita, por exemplo, identificar áreas de risco e até a necessidade de treinamento técnico, ou seja, pelo Sistema de informação em Saúde, consegue-se justificar todas as ações gerenciais e técnicas do programa.

Logo em seguida, no ano 2000, o Ministério da Saúde, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e neonatal e desenvolver ações mais humanizadas para a mulher no período do pré-natal e nascimento, lançou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Esse programa pretende assegurar o acesso ao acompanhamento no pré-natal, bem como a cobertura e a qualidade dele (com o estabelecimento de padrões mínimos desse cuidado), no parto e puerpério, e a assistência neonatal, e garantir melhora no custeio das ações no pré-natal e puerpério e assistência hospitalar durante o nascimento. O programa é vinculado a um sistema de informação chamado SISPRENATAL, que registra todos os

procedimentos realizados na gestante, desde o cadastramento, gerando um banco de dados para informação e outro para o pagamento dos incentivos financeiros.

Como explícito no nome dado ao programa, o seu eixo norteador é o cuidado humanizado, e ele estabelece como dever da unidade de saúde receber com dignidade a mulher e sua família e a adoção de medidas sabidamente benéficas para o acompanhamento do parto e do nascimento, de modo a evitar práticas intervencionistas desnecessárias.

Nesse mesmo período, o Programa de Saúde da Família reformulou o seu Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e estabeleceu como ação necessária a pactuação da atenção básica pelos municípios.

Foi nessa vivência, nessa caminhada de implantar, acompanhar e avaliar os programas, que as indagações começaram. A maioria dos gerentes dos programas de saúde eram enfermeiros no Estado do Paraná, mas, apesar dos treinamentos, eles apresentavam certa dificuldade de estabelecer uma relação efetiva e de compreensão entre as ações gerenciais e as informações disponibilizadas pelo sistema de informação relacionado aos programas em questão. Todavia, apesar dessa dificuldade, observei nos enfermeiros gerentes algo distinto no gerenciar, pois os programas gerenciados por eles apresentavam melhores resultados, eram mais organizados e os enfermeiros demonstravam maior envolvimento e compromisso.

Em 28 anos de profissão, passei por vários momentos da história da assistência à saúde no País e desenvolvi meu trabalho em hospitais, unidades de saúde, comunidades, escolas e secretarias de saúde, ora gerenciando, ora cuidando, ora educando. Essa trajetória pode ser igual à de tantas outras colegas de profissão, que, como eu, pouco pararam num processo mínimo de reflexão. Essa atitude reflexiva e a busca teórica como fundamento da prática proporcionaram-me

vislumbrar a forma como fiz enfermagem e a oportunidade de como a farei agora e no futuro. Lembrei-me de o quanto é prazeroso o assistir e o cuidar.

É pelo sorriso, pelo olhar, que se encontra o verdadeiro reconhecimento profissional. Como docente, não se pode esquecer o quanto o exemplo e a atuação podem acompanhar por anos a fio os alunos. Assim, é fundamental que a caminhada como educador pautar-se em atitudes éticas, de compromisso social e de cuidado humanizado.

Penso muito na importância de fazer a diferença. Não me restam dúvidas de que preciso mostrar o que faço, como o faço e por que existo. O reconhecimento profissional pelos indivíduos, pela família e pela comunidade depende, com certeza, de como se desenvolvem as ações de cuidado, sejam elas assistenciais, educacionais ou de gerência. O enfermeiro deve tentar apoderar-se de conhecimentos que lhe permitam desenvolver as ações gerenciais, com propriedade e cientificidade, buscando constantemente o maior dos compromissos: a garantia de um cuidado profissional de qualidade.

Assim, continuando a trajetória em busca de novos conhecimentos, ingressei no Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, o qual muito contribuiu para alicerçar minhas inquietações e encaminhá-las para uma direção que fortalece a motivação, o desejo da descoberta e a curiosidade pelos resultados. Nesse período, ao atuar no Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem (NEPECHE), convivi com o universo de dimensões que permeiam o cuidado humano profissional, o que tem contribuído para estreitar e aprimorar relações com a essência da enfermagem: o cuidado ao ser humano, em qualquer dimensão.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Curitiba não é só uma cidade admirável. É, também, uma cidade-fonte e uma cidade farol, porque ali jorram muitas soluções urbanas que iluminam os caminhos dos construtores de cidades.

Eugenio Vilaça (2000)

4.1 SISTEMA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CURITIBA: COMO SE CONSTRÓI

Curitiba, a capital do Estado do Paraná, é um município totalmente urbano, com 1.671.194 habitantes (IBGE, 2004). A população distribui-se de forma heterogênea, por uma área de 43.217 hectares, o que resulta em uma densidade demográfica de 36,7 hab/hec. O município conta com uma divisão territorial composta de oito regiões administrativas, que congregam 75 bairros.

Trata-se de uma cidade especial, principalmente, porque tem se despontado como exemplo na área da saúde. Provêm de várias iniciativas aqui implantadas o embrião de projetos e outras iniciativas que hoje estão à disposição da comunidade em todo o País. Essa característica precursora não deve ser por acaso, tendo em vista que a atual Secretaria Municipal da Saúde (SMS) é originária do Departamento de Desenvolvimento Social, em que, desde aquela época, a consciência social já direcionava os passos da saúde.

Instituída em 1986, no auge do movimento sanitário nacional, a SMS já contava, na época, com 36 centros de saúde. Da divisão mencionada, resultou um movimento interno de planejamento estratégico e liberdade que culminou em idéias novas. Curitiba adotou a prática de Cidade Saudável muito antes de esse conceito ser definido por cientistas e estudiosos de todas as áreas, pois, como afirma Ducci (2001, p.22): “A cidade a partir de 1971 tem suas ações delineadas a partir de um

plano global pensado em 1964, de lá até aqui este tempo tem realizado adequações que o tempo e as circunstâncias determinam”.

Em 1991, com a implantação da primeira unidade de saúde 24 horas, a SMS passou a prestar serviços de pronto atendimento, ininterruptamente. Na mesma época, descentralizou o sistema, estruturando-se em oito regionais, identificadas como ‘distritos sanitários’, nos quais um supervisor responde pela gestão daquele território-processo, no que tange à saúde, incluindo as unidades de saúde existentes, bem como as vigilâncias sanitária e epidemiológica. Essa conformação organizacional político-territorial confere maior flexibilidade, agilidade e participação da comunidade nas ações de saúde. Segundo Misoczky (1991), o distrito sanitário é a unidade operacional e administrativa mínima do sistema de saúde, definida com base em critérios territoriais, populacionais, epidemiológicos, administrativos e políticos, e nele localizam-se recursos públicos e privados de saúde, organizados mediante um conjunto de mecanismos político-institucionais, que incluem a participação da sociedade, para desenvolver ações integrais de saúde capazes de resolver a maior quantidade possível de problemas de saúde. Assim, a distritalização da atenção à saúde tem por objetivo fortalecer as unidades de saúde, de forma que elas possam constituir, efetivamente, a porta de entrada de um sistema de saúde hierarquizado, regionalizado, tendo como princípio a integralidade das ações de saúde, e em que o controle social seja exercido com maior facilidade.

Fortaleceu-se a unidade de saúde para transformá-la em porta de entrada do sistema e em referência para resolução de problemas de saúde e encaminhamento em casos de maior complexidade. As chefias isoladas tornaram-se Autoridade Sanitária Local (ASL), responsável pela gerência da unidade e pela saúde da população na sua área de abrangência.

Em gestão plena desde março de 1998, a SMS exerce dois papéis fundamentais. Um deles é a gestão do Sistema Único de Saúde no município, responsabilizando-se pelo recebimento e pela distribuição de recursos destinados ao pagamento dos serviços conveniados ao sistema. O outro papel, mais tradicional e, portanto, de maior domínio para o âmbito municipal, refere-se a gerência e prestação direta de serviços de saúde à população.

Atualmente, o conjunto de serviços organizados para o SUS apresenta 281 prestadores atuando no nível ambulatorial, sendo 129 deles públicos – incluindo as 104 USs – e 152 privados ou filantrópicos. A assistência hospitalar é realizada por 30 hospitais, sendo três públicos e 27 privados, totalizando 4.735 leitos cadastrados e disponíveis para o SUS. A assistência pré-hospitalar ao trauma é realizada pelo SIATE, desde 1990, em parceria com a SMS, o Corpo de Bombeiros e o governo estadual e a partir de julho de 2004 o Sistema de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) passa a ser gerenciado somente pela SMS de Curitiba. Há ainda o Centro de Orientação e Aconselhamento para DST/Aids e um Hospital Geral e Maternidade para atendimento de baixa complexidade.

O programa Saúde da Família (PSF), na versão proposta pelo Ministério da Saúde, foi implantado em 1996, embora Curitiba já vivenciasse uma experiência do modelo canadense desde 1991. A SMS desenvolveu uma estratégia de trabalho com enfoque na família, traçando uma história própria, com a incorporação de conceitos como territorialização, descentralização e vigilância à saúde. Inicialmente, houve apoio do Departamento de Medicina de Família da Universidade de Toronto, no Canadá, no sentido de orientação e parceria. Posteriormente, adotaram-se as orientações do Ministério da Saúde e o PSF passou a fazer parte da construção do

modelo assistencial, constituindo um dos eixos organizadores das ações de saúde no município.

Em 2000, a SMS consolidou o Distrito Sanitário do Bairro Novo, que conta atualmente com 134.094 habitantes (IBGE, 2004), como o primeiro Distrito Sanitário Saúde da Família de Curitiba. Todas as suas 11 unidades de saúde trabalham conforme esse modelo de atenção. Essa estrutura distrital conta também com uma estrutura de apoio para encaminhamento dentro do próprio território, como o centro de especialidades, a US 24 horas e o Centro Médico Comunitário Bairro Novo, que é um hospital de 60 leitos para atendimento de média complexidade, nas áreas de clínica médica, obstetrícia e pediatria.

O conceito fundamental na política municipal de saúde e que pauta a reorientação do modelo de atenção em Curitiba é o Sistema Integrado de Saúde. Muito além da atenção à demanda, que deve ser realizada sempre com muito respeito e qualidade, os programas ofertados pela Secretaria Municipal da Saúde buscam reforçar a proteção e a promoção de saúde e a prevenção de doenças, bem como garantir ao usuário acesso aos insumos e medicamentos necessários e aos diferentes níveis de atenção à saúde (DUCCI, 2001). Essa integração deverá permitir atenção à saúde ofertada no lugar certo, com qualidade certa e custo certo (MENDES, 2002).

A Secretaria Municipal da Saúde tem investido, desde o início da década de 1990, sistematicamente, no desenvolvimento de novas ferramentas para a gestão da informação. A adoção de uma tecnologia de informática, agregada a um cartão personalizado para o usuário do sistema de saúde, constituiu a pedra angular do novo sistema de informação. A vinculação do usuário a esse sistema ocorre no ato do cadastramento na unidade de saúde mais próxima de sua morada. O cadastro

permite a abertura do prontuário eletrônico único, que registra todos os procedimentos e atendimentos realizados para esse usuário, em todos os níveis de atenção à saúde. Até esse momento, a integração somente acontece entre os níveis de baixa e média complexidade e de atendimento ambulatorial.

O prontuário eletrônico encontra-se implantado desde 1998 nas unidades de saúde, abrangendo todos os distritos sanitários. Paralelamente, encontram-se em funcionamento o Gerenciamento de Alto Custo e a Central de Marcação de Consulta Especializada, permitindo acesso *on-line* às unidades e ao sistema de atendimento para os centros de especialidades.

O Plano Municipal de Saúde, discutido e aprovado com a participação efetiva da comunidade, prioritariamente, elenca nove áreas, das quais surgiram então 16 programas estratégicos: Mãe Curitibana, Cidadão Saudável no Bairro, Saúde Mental Comunitária, Agentes Comunitários de Saúde, Central de Regulação do SUS, Cartão Saúde, Acolhimento Solidário, Controle de Doenças, Ação contra a Dengue, Cárie Zero, Saúde do Trabalhador, Vigilância Sanitária de Estabelecimentos, Assistenciais de Saúde, Saúde da Família, Verde Saúde (fitoterapia) e Farmácia Curitibana.

Ducci (2001) afirma que o momento atual reflete o resultado de um processo contínuo de aprendizado e de construção coletiva.

A capital paranaense, como todas as demais cidades de grande porte, apresenta crescimento nos índices de morbi-mortalidade por causas externas e por doenças crônico-degenerativas. Esse perfil epidemiológico tem exigido de seus gestores a utilização de diferentes instrumentos gerenciais e políticos, que, a partir de diferentes olhares, possam modificar a situação de saúde de seus habitantes.

A partir deste delineamento histórico da construção do sistema de saúde do Município de Curitiba, percebe-se o sério empreendimento realizado por gestores sensíveis e, principalmente, a preparação e manutenção de equipes multiprofissionais ativas e eficientes para tornar concretas as ações objetivadas.

Ainda, sobre esse sistema atuante, é mister enfatizar a importância da utilização do Sistema de Informação em Saúde nele inserido, ferramenta que subsidia o agir profissional dos atores envolvidos no cuidado aos usuários.

4.2 O SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

4.2.1 Um Pouco da História

O século XX foi considerado o século do desenvolvimento tecnológico, conseqüentemente, da comunicação, da aproximação dos continentes e dos povos. Esse desenvolvimento afetou positivamente todos os setores da economia, com destaque para o setor da produção e de bens de serviço. Hoje, a rapidez com que as informações chegam e a rapidez com que as respostas precisam ser dadas fazem da informação não apenas 'um' recurso, mas 'o' recurso neste mundo globalizado e competitivo.

Na verdade, esse desenvolvimento começou realmente a ser sentido após o término da Segunda Guerra Mundial. A guerra acabara e o mundo, após um esforço concentrado de recuperação econômica e social, começava a colher os frutos plantados. O receio de um novo conflito e a corrida para restabelecerem-se como grandes potências, impulsionou o desenvolvimento tecnológico nos países com papel de liderança mundial. Nesse movimento, a informação assumiu um caráter

estratégico e surgiu, portanto, a Ciência da Informação, que tem como precursores a própria Teoria da Informação, a Teoria Geral de Sistemas e a Cibernética (BRANCO, 2001).

A Teoria Geral dos Sistemas, conceituada e fundamentada por Ludwig Von Bertalanffy, surgiu da necessidade de uma compreensão melhor dos fenômenos biológicos, psicológicos e sociais. Segundo ela, os fenômenos vitais não podem ser analisados isoladamente e o organismo é um sistema que funciona interligado a outros sistemas e subsistemas, sendo todos interdependentes. Posteriormente, a Teoria Geral de Sistemas assumiu uma nova perspectiva, na qual o conceito de organismo foi substituído por entidades organizadas, abrangendo grupos sociais e engenhos tecnológicos (BRANCO, 2001 e PERES, 2002).

Já a Cibernética origina-se da palavra grega *kybernetiké*, piloto, no sentido utilizado por Platão para qualificar a ação da alma. O termo foi cunhado por Norbert Wiener, em 1948, como o nome de uma nova ciência que visava à compreensão dos fenômenos naturais e artificiais, por meio do estudo dos processos de comunicação e controle nos seres vivos, nas máquinas e nos processos sociais.

A informação destacou-se como objeto de estudo e de interesse por volta dos anos 1960, atrelada à evolução das telecomunicações e da informática. O cenário político, econômico e social dos anos 1960 foi favorável ao surgimento do debate que configurou o corpo teórico da Ciência da Informação. O desenvolvimento das cidades, o incremento populacional do pós-guerra, o rápido avanço científico e tecnológico, a ampliação do campo de atuação dos governos, as transformações políticas e econômicas, a efervescência cultural, tudo isso desencadeou uma demanda sem precedentes por informação, transformando-a em objeto de crescente atenção e interesse (BRANCO, 2001).

Drucker (1999) estabelece uma comparação entre a Revolução Industrial e a Revolução da Informação que se vivencia agora e que tem transformado os processos organizacionais. Segundo ele, o computador representa para a Informação o que a máquina a vapor significou para a Revolução Industrial.

4.2.2 O Conceito

Na perspectiva da Teoria dos Sistemas, o sistema de informação implica interação entre todos os componentes da realidade, que deverão ser obrigatoriamente captados por ele. Assim, busca-se, com o sistema de informação, recompor um todo, o que somente será possível mediante o conhecimento e a comunicação entre as partes e demais sistemas interdependentes. Entende-se como sistemas interdependentes as informações dos demais programas de saúde que necessitam ser conhecidas e articuladas para a compreensão do sistema de informação em saúde como um todo. Desse modo, o sistema de informação pode ser definido como um conjunto de procedimentos organizados que, quando executados, fornecem informações de suporte à organização (CARVALHO e EDUARDO, 1998; BRANCO, 2001).

Já a teoria matemática considera que a informação acontece quando existe uma fonte capaz de gerar, continuamente, sinais, símbolos ou mensagens e um receptor capaz de recebê-los e codificá-los, sendo imprescindível que tanto a fonte como o receptor estejam codificados para se inter-relacionarem (BUCKLEY, 1967).

Esse inter-relacionamento necessário aproxima o setor da saúde de seus usuários e possibilita que, na atividade de agregação de todos os dados provenientes do meio social, educacional, econômico, político e epidemiológico,

constitua-se uma informação capaz de refletir o todo determinante e condicionante dos processos de saúde ou de doença de um cidadão, uma família ou comunidade.

4.2.3 O Sistema de Informação em Saúde no Brasil

O setor de saúde, talvez pela sua especificidade, é o setor produtivo que fica comumente atrás de outros setores da economia, no que se refere à utilização de instrumentos inovadores relacionados às ciências da administração e à utilização de tecnologia mais moderna, como é o caso da informática, impondo, portanto, um ritmo próprio de evolução. Segundo informações do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), somente 50% dos municípios do País têm recursos de informática usados como instrumentos da gerência e passíveis de serem disponibilizados para o SIS.

No Brasil, o SIS começou a ser esboçado na década de 1970 e, dada a sua importância, até fez parte do II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND). Nesse plano, a implantação do Sistema Nacional de Informação sobre Saúde e a do Centro de Processamento de Dados do Ministério da Saúde foram citadas como fundamentais e destacadas como projeto prioritário.

Nesse período, a política de informação em saúde praticamente se restringiu a uma política federal, já que estados e municípios foram excluídos do processo de formulação dela. Coube aos estados uma inserção pontual em alguns poucos projetos, enquanto, aos municípios, quando muito, foi reservado o papel de coletores de dados. Apesar de ter um plano diretor, a política dessa década não progrediu como se esperava, no que se refere ao desenvolvimento do Sistema de Informação em Saúde.

Branco (2001, p.77) descreve essa política da seguinte forma: “Com exceção do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), que tivera seu processo de desenvolvimento iniciado antes do plano e já se encontrava em fase de conclusão, os demais ou não foram desenvolvidos integralmente ou não o foram da forma definida no plano”.

A ausência de outros atores na elaboração do plano, principalmente daqueles que estavam na área operacional, foi apontada como um dos fatores que impediram o desenvolvimento de um SIS como traçado no plano diretor.

A década de 1980 foi um período ímpar para a área da saúde no País, pois o debate em torno dos rumos da política de saúde foi intenso e criou-se a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, que teve como missão conjecturar uma estrutura organizacional necessária ao novo Sistema Nacional de Saúde. Isso culminou, em 1988, na constituição do SUS.

Segundo Branco (2001), essa década representou o resgate das liberdades democráticas, que favoreceria o debate em torno da política de saúde, com possibilidades de ampliação dos horizontes conceituais. Assim, a informação, cujo enfoque, até então, era controlador, cedeu espaço para uma abordagem “que destacava seu potencial como subsídio para a tomada de decisão” (p.83).

A defasagem entre o avanço do conhecimento no campo das tecnologias de informação e a incorporação dessas tecnologias no processo de gestão em saúde no Brasil é alarmante. Nota-se uma desarticulação entre as informações e os processos de planejamento e de gestão, de acompanhamento dos problemas e dos indicadores de saúde (VASCONCELLOS *et al.*, 2002).

A Lei 8.080/90 criou e estabeleceu a competência e a organização do Sistema Nacional de Informações em Saúde, o SIS, sendo normatizada sua

operacionalização em 1993, com a edição da Norma Operacional Básica NOB-1/93. Essa norma também diferenciou as situações de gestão em que se encontram os municípios em: incipiente, parcial e semiplena, e definiu diretrizes para a municipalização, incluindo a descentralização dos Sistemas de Informação em Saúde como um dos mecanismos para o gerenciamento nos níveis estadual e municipal.

Todavia, o processo de reforma do sistema de saúde brasileiro somente foi intensificado a partir de uma nova norma operacional, a NOB-1/96, que estabeleceu uma nova classificação das condições de gestão para os estados e municípios. Os municípios foram diferenciados, quanto à habilitação, em “gestão plena da atenção básica” ou “gestão plena do sistema municipal” e os estados, em “gestão avançada do sistema estadual” ou “gestão plena do sistema estadual”. Nesse contexto, a informação assumiu importância estratégica, face às competências e obrigações assumidas pelos estados e municípios frente à nova gestão.

Alguns fatores contribuíram como indutores para a sua implantação e implementação no nível municipal e estadual. O primeiro é o controle social, que ainda incipiente fortaleceu-se no final da década de 1990, pois a população passou a exigir melhor qualidade dos serviços de saúde. Em segundo lugar, está o desenvolvimento tecnológico, que trouxe novas e interessantes alternativas técnicas e tecnológicas, como a Internet, com grande potencial de utilização e contribuição para o aperfeiçoamento da informação em saúde.

Dessa maneira, hoje, a implantação do SIS e sua utilização, com o propósito de reduzir incertezas e conduzir adequadamente as ações de saúde, estão intimamente ligadas à capacidade de investimento em tecnologia de informática pelos municípios.

Ainda, somente em novembro de 2003 o Ministério da Saúde disponibilizou para consulta pública um documento que versa sobre uma Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, assim, assumindo de vez a importância do assunto e reconhecendo-se como o responsável por essa política em nível nacional, como preconizado na legislação, no início dos anos 1990.

O SIS tem por intento melhorar o processo de trabalho em saúde, por meio de um sistema articulado que tenha a capacidade de produzir informações para os cidadãos, para a gestão, para a prática profissional, para a geração do conhecimento e para o controle social (BRASIL, 2003).

4.2.4 Sua Importância

Um sistema de informação em saúde constitui, portanto, um componente do sistema de saúde que tem por propósito geral facilitar a formulação e a avaliação de políticas, planos e programas de saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões, com vistas a contribuir para a melhoria da situação de saúde da população.

Nesse sentido, este estudo busca desvelar como o enfermeiro manifesta o cuidado na prática gerencial utilizando o sistema de informação em saúde.

A informação, conforme pontua Duro (1998), é a base da decisão e o ingrediente fundamental do processo decisório, o qual necessita de diversos passos para acontecer, como: definir o problema, buscar dados, analisar, formular uma série de alternativas e, por fim, escolher um determinado tipo de ação, visando a uma solução. Destaca esse autor também que é importante não confundir informação com dados. Para o autor, os dados são insumos básicos que não têm utilidade se

não forem devidamente compilados, cruzados até chegarem a um grau de configuração sob forma organizada e, principalmente, poderem ser traduzidos e aplicados na prática.

Assim, informação significa dados devidamente trabalhados e úteis. Na gerência de programas ou de serviços de saúde, é fundamental uma gama de informações sobre mortalidade, morbidade, demografia, metas, produção ambulatorial e hospitalar, dados clínicos e outras informações necessárias para o encaminhamento e melhoramento das ações de saúde.

Nações como Canadá, Inglaterra e Austrália justificam a implantação de seus SISs, afirmando que é possível melhorar a saúde de um país com o uso adequado da tecnologia da informação (BRASIL, 2003).

Na 11ª Conferência Nacional de Saúde, reafirmou-se que um dos componentes essenciais para se alcançar a equidade, qualidade e humanização dos serviços de saúde e fortalecer o controle social no SUS é a informação (CNS, 2003).

O SIS somente adquire sentido à medida que os dados acumulados forem trabalhados no nível local, efetivando-se, portanto, a possibilidade de construção de alternativas de intervenção dentro de diferentes realidades de saúde que se colocam nos cenários dos municípios e em cenários diferentes nos próprios municípios.

A informação deve subsidiar os três níveis identificados nas empresas: o institucional, intermediário e o operacional (CHIAVENATO, 1993; CARVALHO e EDUARDO, 1998). As informações de nível institucional estão voltadas para o planejamento estratégico. Elas devem possibilitar a observação das variáveis presentes nos ambientes internos, referem-se às decisões que norteiam os rumos da organização e têm por finalidade auxiliar no monitoramento e na avaliação do desempenho, no planejamento e nas decisões de um *staff* gerencial

hierarquicamente superior. No sistema de saúde o profissional enfermeiro é quem tem assumido predominantemente este papel gerencial, com responsabilidade de conduzir toda a equipe de uma Unidade de Saúde.

As informações do nível intermediário devem permitir o controle gerencial e são dirigidas para o uso eficiente e efetivo dos recursos da empresa, a fim de alcançar seus objetivos. Devem, ainda, permitir o monitoramento e a avaliação de seus processos, do planejamento e facilitar a tomada de decisão no nível gerencial. Já as informações de nível operacional devem possibilitar o monitoramento do espaço geográfico sob sua responsabilidade, o planejamento e a tomada de decisão de nível operacional, sendo voltadas para a execução das tarefas essenciais ao funcionamento da organização.

A informação deve atender primordialmente à necessidade de uma pessoa ou de um grupo de pessoas, estar disponível na hora e no local certos, e de forma correta. A importância da informação é diretamente proporcional ao seu papel no processo decisório (VAN WEGEN e DE HOOG, 1995 citados por MORESI, 2000).

No processo decisório, em qualquer tipo de empresa, privada ou pública, recomenda-se a participação simultânea do gestor e da sociedade, pois a legitimidade da decisão ocorre quando há colaboração, confiança e reciprocidade entre as partes envolvidas. Na área da saúde, os atores desse processo, ou seja, gestores, usuários e profissionais de saúde, têm, até por força de lei, compartilhado a condução de processos decisórios importantes da política nacional, estadual e municipal. Os gerentes devem mostrar-se eficientes no atendimento das demandas e necessidades sociais e epidemiológicas, colocando as decisões de forma transparente para serem avaliadas pela sociedade e por líderes, catalisando aspirações da população e decisões coerentes.

Uma informação deve ter qualidade, ou seja, um mínimo de conteúdo e consistência para permitir ao gerente tomar algum tipo de decisão; ser adequada, isto é, estar voltada para a questão a decidir; e ser oportuna, existir no momento certo, pois, se for disponibilizada muito antes ou depois de necessária, perderá o seu valor. A clareza, a veracidade, a organização e o fluxo adequado são qualidades imprescindíveis para tornar as informações subsídios para um processo decisório ágil.

Alguns autores consideram que os dados disponibilizados são transformados em informações e podem ser utilizados como informações gerenciais e informações epidemiológicas, quer dizer, para duas finalidades distintas, mas são inseparáveis no dia-a-dia dos programas de saúde, pois uma complementa a outra quando o objetivo é avaliar o andamento do programa e propor novas ações.

O sistema de informação gerencial é um sistema destinado a coletar, registrar, analisar, interpretar, relatar e difundir dados sobre uma instituição ou ação programática, a fim de permitir o processo decisório no planejamento, acompanhamento e a avaliação das operações e dos resultados do conjunto da instituição ou ação programática (BRASIL, 2002a). Essas informações, traduzidas em índices e medidas, permitem aos gerentes e ao pessoal do serviço avaliar e realizar novas ações, caso os resultados alcançados não correspondam aos objetivos propostos, ou manter o plano de trabalho, quando os indicadores apontam para a realização dos objetivos e das metas traçadas.

Para que uma informação seja eficaz, é importante uma coleta contínua, regular e confiável, portanto, torna-se essencial conhecer sua origem, para garantir sua fidedignidade, bem como sua relevância, isto é, sua importância no processo decisório. Sobretudo, ela deve estar oportunamente disponível, ou seja, ser

facilmente acessível ou recuperável, para possibilitar uma resposta adequada, em tempo ideal, que permita subsidiar uma tomada de decisão (CARVALHO e EDUARDO, 1998; BRASIL, 2002b).

A questão da acessibilidade merece algumas reflexões, pois a disponibilidade da informação não significa que ela foi entendida. Há de se considerar que ela precisa ser compreendida por todos e não somente pela parcela que consegue decodificá-la e, por consequência, significá-la. Assim, é extremamente importante que ela seja disponibilizada da forma o mais simples e compreensível possível.

Nos sistemas de informações epidemiológicas, a base de coleta de dados é a população e as informações serão mais fidedignas e de melhor qualidade quanto maior for sua cobertura e mais detalhados forem os dados para a descrição dos eventos, como óbitos, nascimentos, doenças e agravos.

Nesse sentido, recentemente, o Ministério da Saúde disponibilizou um manual sobre planejamento familiar para gestores, o qual já contém uma proposta de um sistema de informação em saúde com o objetivo de gerar informações voltadas para ações gerenciais (BRASIL, 2002a).

A concepção de sistemas de informações gerenciais nos serviços de saúde pressupõe a obtenção de informações sobre quantas, quais e onde foram produzidas as ações de saúde, por quem e a que custo operacional, tendo como base de coleta de dados os serviços de saúde. Atualmente, uma prática comum de análise gerencial é a comparação entre o que foi realizado e a meta estipulada. Esse é o caso das ações de vacinação e das metas pactuadas na Programação Pactuada Integrada pelos municípios.

Enquanto algumas informações gerenciais restringem-se a parcela específica de usuários do SUS, a epidemiológica tem abrangência maior, pois trabalha com o

universo da população. A utilização de informações como instrumento de definição do perfil epidemiológico, ações de planejamento e avaliação de serviço passa, primeiramente, pela avaliação da qualidade dos dados e das informações geradas (MOREIRA, 1995).

Moraes (2002) tece algumas considerações sobre o Sistema de Informação, numa perspectiva de relação de poder e produção do saber, situando-o como um dispositivo político de atuação do Estado moderno, que, contando com avanço tecnológico, dispõe de informações cada vez mais detalhadas sobre a população.

Aqui cabe uma reflexão sobre a informação e a ética do gerenciamento, em que a disponibilidade da informação pode, dependendo dos interesses políticos, econômicos, sociais, individuais e até pessoais, desvirtuá-la do objetivo principal, que é a condução de ações para o bem da coletividade. Assim, concorda-se com Moraes (2002) quando ele alerta sobre a utilização da informação por pessoas não envolvidas no processo decisório, o que pode dar à informação desde um caráter pragmático, de libertação, até de dominação, cerceando a liberdade e impedindo o desenvolvimento de práticas cidadãs.

No tocante a isso, cabe ressaltar o seguinte pensamento desse autor:

O importante é compreender que o novo modo de olhar a informação, significando uma mudança na percepção que se tinha, no entendimento, na inteligibilidade, está dado em um processo histórico (mais ou menos há 40 anos), que transforma uma palavra-informação em categoria sociológica, objeto crucial de debates em um problema de investigação de várias áreas do conhecimento, em um espaço estratégico de política de Estado e em um dos setores econômicos mais dinâmicos e ascendentes da atualidade (MORAES, 2002, p.49).

A informação em saúde, dependendo de como é olhada, mostra-se com várias atribuições. No olhar técnico, a informação apresenta-se numa perspectiva controladora, de acompanhamento. No olhar político, assume uma perspectiva dialética, um fator de mudança. Já no olhar social, a informação toma a forma de

possibilidades, em que as informações se transformam em conhecimentos e o conhecimento em um instrumento para fortalecer a cidadania (MORAES, 1994).

Até a metade da década de 1990, o SIS apresentava somente quatro bases de informação: o SIM (Sistema Sobre Mortalidade), SINASC (Sistema de Informação de Nascidos Vivos), o SIH-SUS (Sistema de Informações Hospitalares do SUS) e o SIA-SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais). Já a partir de 1996, outros sistemas foram incorporados, com vistas à melhoria da gestão do SUS, como o SINAN (Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação), o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), o SIGAB (Sistema de Informação Gerencial da Atenção Básica), o SISCOLO, que é o sistema de informação sobre as ações do Programa de Detecção Precoce do Câncer de Colo do Útero e o SISPRENATAL (Sistema de Informação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento).

Com a finalidade de disponibilizar adequadamente informações para os municípios brasileiros, seja para gestores, funcionários ou usuários, o Ministério da Saúde e a Organização Panamericana da Saúde constituíram a Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA). Essa rede, além de fornecer informações, promove debates e estudos conjuntos, visando a aperfeiçoar informações que possibilitem a compreensão da realidade sanitária brasileira e de suas tendências.

A entrada em cena do Cartão Nacional de Saúde tem sido apontada como o sinal mais concreto de boa vontade do governo em investir realmente num SIS. O cartão oferece, na perspectiva do usuário, uma construção de base de dados de histórico clínico e possibilidade, na perspectiva da gestão, de integração entre os diferentes subsistemas de informação em saúde.

O que foi até aqui apresentado sobre sistema de informação em saúde torna clara a sua importância, a fim de sustentar a tomada de decisão do enfermeiro na

prática de gerenciamento de programas e unidades de saúde. É esse profissional animador do sistema do sistema de informação, que pode colaborar para uma efetiva implementação do SIS, que contribua para o desenvolvimento de um sistema de saúde mais igualitário e resolutivo, possibilitando um processo rotineiro de reflexão tanto para os profissionais de saúde como para os usuários do SUS, tornando-os conscientes da realidade e visionários de possíveis mudanças.

4.3 O AGIR PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NA AÇÃO GERENCIAL

4.3.1 Cuidando e Administrando

O cuidado reflete o compromisso do enfermeiro com o seu fazer profissional e com a comunidade com a qual está comprometido nesta ação de cuidar. O enfermeiro utiliza o seu potencial ético, técnico e científico voltado ao ser cuidado e às ações que podem vir a ser desenvolvidas, conformando o cuidado profissional. Portanto, o cuidado na perspectiva da prática profissional da enfermagem pode ser visto e entendido sob várias dimensões. Em uma das dimensões, o foco é o cuidado desenvolvido por um membro da equipe de enfermagem, que é o enfermeiro e que tem sob sua responsabilidade conduzir o cuidado realizado por outros membros da equipe de enfermagem e também por outros profissionais. Este cuidado transpõe, vai além do cuidado direto ao indivíduo doente ou sadio, é um cuidado que se preocupa com o todo do indivíduo, é cuidado-ação para que o cuidado aconteça, é necessário percebê-lo diferente, percebê-lo como um produto a ser ofertado, percebê-lo como a essência da enfermagem e responsabilidade do enfermeiro.

O cuidado desenvolvido pelo enfermeiro em situações de estresse, e de grande modificações no viver humano, mobilizam atributos internos e externos do profissional e cliente. Nessa situação, Zagonel (1999) denomina cuidado transicional, o qual para ser desenvolvido o enfermeiro necessita, avaliar, planejar e implementar estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica, em busca do restabelecimento da integridade. Assim, percebe-se que o cuidado aplica-se a qualquer contexto e que este é somente desenvolvido se o enfermeiro aliar com propriedade as dimensões do cuidar e administrar.

O enfermeiro como membro da equipe de enfermagem ou membro da equipe de saúde tem o compromisso de atuar como facilitador do processo de cuidado. Neste aspecto, o cuidado assume outra dimensão de cuidado-interação. É nesta dimensão que os agentes do cuidado, indivíduo/família/cuidador necessitam que o profissional enfermeiro proporcione diferentes canais de interlocução entre o ser cuidado e os demais profissionais. O enfermeiro na gerência do cuidado proporciona condições para que este ocorra, tornando-se produto da sua prática profissional.

Acredita-se que o enfermeiro, após a considerada etapa moderna da enfermagem, tem vivido a dicotomia entre o cuidar do ser humano na assistência direta e a administração do cuidado. Esse legado, veio de Florence Nightingale, que, com sua sabedoria e seu conhecimento, pôs a direção, administração ou gerência nas mãos de quem teve a possibilidade de passar por um ensino sistematizado e idealizado por ela, ou seja, cedeu a responsabilidade da condução do processo àquele que detinha o conhecimento e, conseqüentemente, o poder.

Influenciado por esse e outros paradigmas, o ensino de enfermagem no Brasil apresenta, há muito tempo, uma característica tecnicista, biologicista e hospitalocêntrica. Ainda, o fato de sua base administrativa sofrer forte influência das

teorias científica e clássica da administração contribui para caracterizar um processo de trabalho fragmentado, especializado, hierarquizado e, muitas vezes, não qualificado para a necessidade atual.

Ribeiro (1998) afirma, na sua dissertação de mestrado, que a questão administrativa na prática profissional do enfermeiro é permeada de dúvidas e polêmicas, que, na visão de Trevisan (1988, p.63), crescem na “medida em que se torna evidente a dicotomia entre o que se espera do profissional enfermeiro na visão dos teóricos de enfermagem e o que se verifica ser sua ação cotidiana nas instituições de saúde”, e conclui que:

A escola, nos seus cursos de graduação, insiste em somente mostrar ao aluno uma visão parcelada da função do enfermeiro, a assistência direta ao cliente. Na prática assim que estes alunos, agora como profissionais, são inseridos no mercado de trabalho, deparam-se com outra realidade imposta pelas organizações de saúde (RIBEIRO, 1998, p.83).

Por ter uma força de trabalho heterogênea, com diversas categorias profissionais, ficou vinculado à enfermagem um caráter fragmentário, em que há diferenciações de práticas e saberes. Resta ao enfermeiro, aquele que está no topo da escala hierárquica, desenvolver atividades administrativas, coordenando as atividades do pessoal de enfermagem que, também de maneira predominante, assume o cuidado direto ao cliente.

Essas circunstâncias são comuns no processo de trabalho da enfermagem, e ocorrem não apenas na instituição hospitalar (TREVISAN *et al.*, 2002), mas também nas unidades básica de saúde, refletindo o resultado do processo de ensino dos conteúdos de administração nos cursos de graduação.

A falta de definição a respeito de administração tem levado muitos profissionais a negar seu papel gerencial, prejudicando, assim, a efetivação de um trabalho que historicamente deveria estar mais determinado e seguro. A incerteza da

função real que o profissional deve desempenhar conduz à incoerência entre o discurso filosófico da assistência direta ao cliente e a realidade premente da administração.

Após a Segunda Guerra Mundial, o processo de administrar passou a ser entendido como um sistema capaz de formular políticas, tomar decisões e coordenar o trabalho necessário para executá-las e avaliar seus resultados, deixando de lado a priorização do método e da medida determinados pelas teorias precursoras. Nesse período, a valorização humana ganhou força e as organizações foram reconhecidas e levadas a se reconhecerem como sistemas sociais, portanto, dependentes da motivação e colaboração/cooperação de seus funcionários, e que necessitam de estratégias democráticas de administração e organização.

As instituições de saúde no Brasil não absorveram de imediato essas novas tendências. Nesse cenário, o movimento da reforma sanitária ganhou força, foi debatido, questionou, e daí surgiu um movimento que propunha um novo olhar para a saúde, um novo olhar para a doença, um novo modo de cuidar, um novo modo de ensinar.

Nesse contexto, surgiram propostas para que efetivamente o SUS pudesse ser o sistema idealizado. Uma delas foi a descentralização das ações de saúde, que requer dos gestores municipais uma nova maneira de gerenciar. A autonomia municipal, dada pelos diversos tipos de gestão, requer profissionais que sejam capazes de encaminhar as questões de saúde ao encontro, finalmente, da necessidade de seus habitantes.

No que tange a isso, Almeida *et al.* (1994) expõem que a atividade gerencial é um movimento extremamente dinâmico e molda-se na busca da resolução de problemas. Ela compõe-se por dimensões técnicas, políticas e comunicativas e está

em permanente articulação, exigindo constante reflexão e tomada de decisão por parte do gerente.

Também, Mishima *et al.* (1996) confirmam que, em virtude do contexto da municipalização, o papel gerencial assumiu importância fundamental no processo de trabalho nas unidades de saúde.

Na área da saúde coletiva, o profissional enfermeiro ganhou espaço, pois já tinha experiência no gerenciamento de programas de saúde, e, naquele momento, era o profissional com disponibilidade para assumir o papel gerencial das USs, porque é o profissional melhor preparado para as ações administrativas e tem disponibilidade, em função da carga horária contratual (GIL,1998).

4.3.2 O Enfermeiro na Ação Gerencial

Na prática gerencial, o enfermeiro desempenha dois papéis, um de coordenação do processo de trabalho da enfermagem e outro de coordenação do processo de trabalho da equipe de saúde (LUNARDI FILHO e LUNARDI, 1996). Já Patrício (1996) considera que o enfermeiro desenvolve o cuidado indireto pelas atividades de educação, planejamento, organização, coordenação, acompanhamento e avaliação.

Nesse contexto, surgiram algumas propostas de consolidação de um novo padrão de profissionalização para o enfermeiro. Uma delas, defendida por Ferraz (1995), sustenta que o enfermeiro desempenhe a função de gerenciador do processo de cuidar e justifica que, somente assim, as atividades burocráticas ficassem em segundo plano. Já Ide (2001) propõe que o enfermeiro seja o responsável por coordenar o processo de cuidar.

Constantemente, indaga-se sobre o papel a ser desenvolvido pelo enfermeiro em diversos contextos da prática profissional, considerando que papel é a maneira de agir que o profissional adota num momento específico, frente a uma determinada situação, na qual outras pessoas ou objetos estão envolvidos (MORENO, 1974).

Nesse aspecto, vários autores, como Leopardi (2001), Malvestio (2000), Peduzzi (2001) e Ide (2001) reconhecem que o enfermeiro desempenha, na prática do cuidado, três ações distintas e indissociáveis: a ação assistencial, a ação educativa e a ação gerencial.

Leopardi (2001) diz que a conformação atual do trabalho da enfermagem é resultado de um processo histórico, que incorpora elementos da evolução geral do trabalho na sociedade capitalista e especificidade da área da saúde. Essa autora considera que a enfermagem realiza um trabalho complexo, pois se situa no contexto social da saúde, assumindo, portanto, caráter de trabalho coletivo e agregando o seu saber e sua prática aos demais profissionais. Ainda a autora pontua que as ações assistencial, educativa e gerencial, apesar de apresentarem a mesma finalidade, ou seja, voltarem-se ao atendimento às necessidades dos indivíduos, utilizam, para o seu desenvolvimento, instrumentos e saberes diferenciados e específicos.

Muitos autores afirmam que a administração não pode ser vista como dissociada da assistência, pois a administração é a atividade meio para que o cuidado se concretize. Melo (1996, p.133) é categórica ao expor que as atividades administrativas e assistenciais complementam-se e que a função do enfermeiro é “gerenciar a assistência”, entendendo que a função administrativa constitui um “instrumento do seu trabalho e não um desvio de função”. Corroborando essa idéia,

Santos (1992, p.47) enfatiza a administração como “[...] sendo o princípio que faz gerar todas as ações de Enfermagem”.

Já Erdmann (1996, p.38) manifesta que “o sistema de cuidado de enfermagem pode conter o processo administrativo, como o sistema administrativo pode conter o seu processo de cuidado”. Conclui-se, portanto, que o enfermeiro na sua prática de cuidado necessita de ações de gerenciamento, pois é o membro da equipe de enfermagem responsável por coordenar as ações de cuidado dessa equipe e, dependendo do contexto em que essa prática se processa, é responsável por conduzir as ações desenvolvidas pela equipe de saúde.

A atividade gerencial do enfermeiro é, sem dúvida, determinada historicamente e, segundo Lima e Gaidzinski (*apud* LIMA, 2000), é na função gerencial que esse profissional é reconhecido e valorizado pelos demais membros da equipe de saúde, pois os autores consideram que essa função assegura a organização do serviço, a coordenação da equipe, estabelecendo, assim, a interligação do trabalho de enfermagem com o de outros profissionais, sempre visando à assistência adequada à clientela.

Na prática profissional do enfermeiro, a ação gerencial apresenta-se como processos distintos, interdependente do local onde será desenvolvido o cuidado e do objetivo dele. No cenário hospitalar, predominantemente de ações curativas, esse profissional é responsável pela coordenação da equipe de enfermagem para as ações clínicas, que dependem de processos de trabalho de outros profissionais para o alcance dos objetivos de cura, recuperação e reabilitação. No cenário de saúde coletiva, o enfermeiro tem assumido responsabilidades que vão além da condução da equipe de enfermagem. Ele tem assumido a condução de unidades de saúde ou mesmo de programas de saúde comunitária e, conseqüentemente, a coordenação

de todo processo de trabalho interdisciplinar, fundamental e necessário ao alcance dos objetivos coletivos.

Sá (1999), em artigo em que realiza uma reflexão sobre a enfermagem no século XXI, destaca, a respeito da prática administrativa do enfermeiro, que se verifica a necessidade de despedir-se dos princípios da teoria clássica da administração, considerando que há necessidade de uma nova forma de administrar, na qual os gerentes assumam papéis de facilitadores, mentores, formadores de equipe, consultores e comunicadores.

Reforçando ainda o processo de trabalho gerencial do enfermeiro, algumas autoras, como Almeida (1986) e Freitas *et al.* (1989), alertam que o corpo de conhecimento em enfermagem deve abranger uma formação que assegure ao profissional competência técnica, científica, administrativa e política, pois o objeto de trabalho do enfermeiro passa pela assistência de enfermagem no processo saúde-doença e estende-se à organização do processo de trabalho em enfermagem.

Nesse trabalho gerencial, o enfermeiro desenvolve todas as etapas necessárias da administração, como planejamento, organização, coordenação, acompanhamento e avaliação. Assim, considero a descentralização do poder e o processo de avaliação e controle ações de extrema importância para medir a eficácia das metas estabelecidas, pois, de que vale um planejamento com idéias futuristas, inovadoras, se não houver monitoramento e avaliação dos resultados?

Berto (2000) destaca que o profissional enfermeiro deve instrumentalizar-se, para desenvolver suas atividades administrativas, educacionais e assistenciais, e que o planejamento, a execução e avaliação devem ser respaldados por informações qualitativamente adequadas ao processo decisório. O processo decisório advém da necessidade de resolver algum tipo de problema.

4.3.3 A Gerência Contemporânea

O contexto atual tem conduzido a administração a um novo caminho, que foi trilhado pelas estruturas, pela ênfase nos processos e não no produto, por propostas e programas de qualidade e produtividade. Kurcgant (1998, p.3) afirma que a sociedade vai para o terceiro milênio “[...] com ênfase no gerenciamento sensível: com a socialização da informação e conseqüentemente redistribuição do poder; com a terceirização que obriga ao gerenciamento de diferentes culturas e que a utilização do intuitivo, sem perda do racional, faz parte das ações gerenciais”.

Os modelos de gerenciamento são direcionados pelos cenários econômicos, políticos e tecnológicos, e, ao observar essa trajetória, concordo com Bork (2003), quando ele sintetiza que a gerência contemporânea indica a flexibilidade, a inovação, a ênfase no trabalho da equipe, na delegação e autonomia, nas decisões consensuais, na lealdade à empresa, na gerência com habilidade técnica e humana e na importância dos resultados (eficácia), valorizando a opinião e percepção do cliente.

Motta (1997) enfatiza a importância de um processo gerencial simples, em que se deve dar oportunidade às percepções individuais e coletivas. Campos (1998) considera que o gerente atual tem de desenvolver ou realizar um duplo trabalho: assegurar o cumprimento do objetivo primário de cada organização; e permitir e estimular os trabalhadores a ampliar sua capacidade de reflexão, de co-gestão e, em decorrência, de realização profissional e pessoal. Campos ainda sugere um modelo gerencial dialético, no qual as necessidades sociais e os desejos individuais sejam ‘postos à mesa’, assegurando a participação de todos e produzindo, assim, uma distribuição de poder que garanta a objetividade e praticidade das decisões.

Outra proposta que comunga com a de Campos foi descrita por Mendes (2002), a qual se chama gerência esclarecida e baseia-se nos pressupostos de Maslow para definir as atividades de gerenciamento. Essa proposta fundamenta-se na valorização do ser humano na empresa e em sua participação no processo decisório, o que o leva a um processo de auto-realização e, conseqüentemente, a assumir melhor as responsabilidades que lhe são destinadas, estabelecendo também uma conduta firme e determinada frente aos problemas.

O gerenciamento foi considerado, por muito tempo, conforme Chiavenato (1993), um dos recursos a ser utilizados no processo de administrar e, hoje, é considerado, junto com gestão, um sinônimo de administrar. Desse modo, administração, gerenciamento e gestão utilizam o planejamento, a organização, a direção e o controle como estratégias para desenvolver ações que possibilitem alcançar os objetivos propostos pela instituição. Ainda segundo Chiavenato (1993), a gerência é realizada no nível intermediário da empresa e atende à demanda do nível institucional, colocando programas e operações padronizadas no nível operacional.

Na administração da saúde, as teorias da administração participativa e por objetivos, desde a década de 1980, aparecem constantemente como proposta de uma administração possível e mais adequada às instituições de saúde. Essas teorias preconizam a descentralização das decisões e aproximação de todos os elementos da equipe de trabalho, oferecendo a eles oportunidades de participação efetiva na discussão e no aperfeiçoamento constante do processo de trabalho. Essa proposta de ação gerencial vem sendo fortalecida *pari e passu* com a consolidação do Sistema Único de Saúde e na consolidação de um novo modelo assistencial.

Ainda, é importante considerar que a gerência implica o exercício de poder dentro de qualquer organização. Nesse sentido, atua sobre duas frentes: no âmbito

institucional, de modo que a organização possa cumprir seu papel de produzir valores de uso; e na dimensão dos trabalhadores, estabelecendo a possibilidade de construção de espaços de relação entre os trabalhadores, de modo que eles possam mobilizar-se individual e coletivamente para a produção de resultados (MOTTA, 2003).

O exercício do poder e a tomada de decisão envolvem as dimensões técnica, administrativa e política (TESTA, 1995). Assim, o poder técnico define-se a partir dos conhecimentos utilizados em quaisquer dos níveis de funcionamento do setor saúde. Seria a capacidade de gerar, aglutinar e lidar com a informação de características diferentes, em que se pode recorrer a diversas formas de conhecimento: formal ou informal, científico ou popular, do campo da biologia, da medicina, da saúde, da administração e de outras disciplinas. O poder administrativo corresponde ao desenvolvimento de atividades como processos que manejam recursos materiais, humanos e tecnológicos e implica capacidade de se apropriar de recursos e distribuí-los, bem como manejar aqueles existentes para atingir o objetivo estipulado para o desenvolvimento do trabalho em saúde. Já o poder político seria a capacidade de mobilizar grupos sociais em demanda ou reclamações de suas necessidades e seus interesses (MISHIMA, 1995).

Vasconcellos, Moraes e Cavalcante (2002) destacam que o processo decisório implica assumir compromissos e que se trata de um processo de escolha, que a cada dia se torna mais difícil, dada a simultaneidade de problemas e sua complexidade, cada vez mais crescente. Percebe-se que, quanto mais munido de informações padronizadas e compatibilizadas estiver o ator social, mais fácil será tomar uma decisão acertada. Já as informações são conseguidas por um processo

sistemático de observação de ações e atitudes e por um sistema de informação oficial ou por um processo de avaliação.

Na atualidade, entende-se que o profissional gerente necessita ter uma visão ampla, com maior responsabilidade e compromisso, não apenas com o cliente, individualmente, mas sobretudo com a comunidade, enfim, com a sociedade. É necessário que esse gerente desempenhe papel de agente de mudança organizacional e social, investindo na inovação do processo de trabalho. Ele precisa, ainda, ser um agente integrador, tanto no ambiente interno da organização como com a comunidade externa, devendo, assim, estar preparado para atender às necessidades presentes (MOTTA, 2003).

4.3.4 Gerenciando para o Coletivo

Quanto à estratégia gerencial, a Norma Operacional Básica 1/96 (NOB-1/96) traz para o setor a distinção entre gestão e gerência, colocando em pauta uma questão de importância, não apenas do ponto de vista conceitual, mas de natureza prática, ao definir níveis diferenciados de responsabilidade e compromisso dos trabalhadores, dirijam eles os sistemas municipais, estaduais ou federais de saúde. Ao tomar essa diferenciação, olhando para o processo de descentralização do sistema e dos serviços de saúde, pode-se localizar a gerência como um componente estratégico para a transformação do processo de trabalho em saúde e do modelo de atenção à saúde.

Apesar de a NOB-96 indicar diferenciação entre gestão e gerência, torna-se importante ressaltar que, segundo Motta (2003), no rigor vernacular, as palavras administração, gerência e gestão são sinônimos. Isso se aplica também no sentido

conceitual: não foi introduzido conceito novo, quando se procurou utilizar uma palavra em detrimento de outra. No caso de gerência por gestão, embora não tenha mudado profundamente o conceito, a alteração da terminologia sempre assinalou a introdução de alguma novidade técnica ou utilização de idéias novas. Por exemplo, a palavra gerência, devido à sua origem organizacional, ajudou a lembrar a importância das funções de direção superior, como também, em muitos casos, a ressaltar a possibilidade de transferência de tecnologia administrativa privada para o setor público. Gestão é um termo genérico que surgiu, tanto quanto seus sinônimos, da idéia de dirigir e de decidir (MOTTA, 2003).

Neste momento, existe uma tendência de considerar a gerência/gestão em sua dimensão estratégica, ou seja, voltada para a transformação do processo de trabalho no nível local. Nesse sentido, o papel do gerente é fundamental na articulação das relações entre as pessoas, estruturas, tecnologias, objetivos/metast e meio ambiente e, principalmente, voltado para a satisfação do usuário dos serviços de saúde e da comunidade.

O gerente não é apenas o responsável pelo planejamento dos recursos humanos e materiais nas instituições de saúde, mas sobretudo responsável pela condução e produção de ações que atendam de fato às reais necessidades de saúde da população. Também a NOB – Recursos Humanos referenda a NOB-96, quando considera a gestão do trabalho no SUS, a gestão e a gerência de toda relação de trabalho necessária ao funcionamento do sistema, desde a prestação dos cuidados diretos à saúde dos seus usuários até as atividades meio que são necessárias ao seu desenvolvimento.

Em 1999, em um encontro de docentes da disciplina de Administração em Enfermagem, concluiu-se que a função gerencial do enfermeiro é parte integrante de

seu papel profissional, tem identidade própria e requer ensino específico. Numa recente pesquisa realizada com enfermeiros gerentes de unidades básicas de saúde, constatou-se que o papel desempenhado pelos enfermeiros expressava-se mediante compromissos com atividades meio, principalmente na organização do trabalho médico. Eles reforçaram, ainda, a burocracia, a divisão do trabalho, o produtivismo, a supervisão, o controle e a alienação do trabalhador do seu produto final, portanto, a distância entre eles, o planejamento e a avaliação. Quanto ao sistema de informação, os enfermeiros coletavam e organizavam as informações de saúde, mas não as analisavam com vistas a identificar problemas e necessidades de saúde (FRACOLLI, 2001).

Minatel *et al.* (2003) ressaltam que o gerenciamento em saúde apresenta hoje três abordagens, de acordo com sua finalidade: o gerenciamento de caso, restrito ao processo da doença de caráter individual; o gerenciamento da doença, utilizado no processo de gerenciamento para uma população específica (criança, mulher, idoso etc.) acometida por doenças crônicas e agravos de saúde, sua finalidade é permitir um acompanhamento das populações de risco, atuando de modo a prevenir complicações e associações a outros quadros de morbidade; e o gerenciamento da saúde de maior abrangência, que tem caráter coletivo e transdisciplinar e suas ações são direcionadas à promoção da saúde e prevenção de doenças, necessitando de envolvimento da comunidade e de uma rede de informações utilizadas para avaliação e planejamento voltados às necessidades da comunidade.

Urbano *et al.* (2001) concluem que o modelo de gerente necessário na atualidade para atuar na saúde coletiva é aquele que busca a construção de sujeitos sociais, com o compromisso e comprometimento de criar nos cotidianos

institucionais novos agentes para a construção de um novo modelo de atenção à saúde, focado na defesa da vida individual e coletiva.

Mishima *et al.* (1996) expõem algumas funções que o gerente deve desempenhar na consolidação do distrito sanitário: coordenação das unidades próprias e das atividades intersetoriais voltadas à saúde; diagnóstico e análise da situação de saúde; definição de estratégias necessárias para a superação dos problemas de saúde; organização das equipes de saúde; gerenciamento dos materiais de consumo e de pessoal; e coordenação e avaliação do fluxo de referência e contra-referência entre os níveis de atenção.

Nos programas de saúde, que têm por objetivo conduzir as ações para uma determinada parcela da população, o enfoque não é o individual e nem o coletivo, mas sim um coletivo específico, em que todos os esforços são na direção de desenvolver um projeto comum de trabalho para atender aos princípios e objetivos específicos do programa. Desse modo, para convergir as ações multiprofissionais na execução dos programas de saúde, é preciso que o gerente desempenhe o papel mais desafiador, de mediador, negociador e articulador, pois a eficácia das ações depende da ação de vários profissionais e de ações nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Nesse sentido, o profissional enfermeiro à frente de programas de saúde tem sob sua responsabilidade o gerenciamento do cuidado específico desse programa e, nessa função, é solicitado, a todo instante, a tomar decisões dos mais diferentes tipos. Essas decisões podem ser no nível individual ou coletivo, nos aspectos técnicos ou organizacionais. Pode-se listar uma infinidade de atividades necessárias e indispensáveis ao gerenciamento de programas, sendo uma delas e de real importância o acompanhamento das ações desenvolvidas e seus resultados.

O acompanhamento das atividades ou ações realizadas, comparativamente com a meta estabelecida, inclui acompanhamento dos resultados dos exames clínicos, laboratoriais e patológicos realizados e dos insumos utilizados nos aspectos quantitativo e qualitativo. Vale mencionar que todo esse processo de acompanhamento deve resultar numa análise e tomada de decisão que possam refletir positivamente na condução do programa. Como exemplo, tem-se a identificação de áreas populacionais de risco específico do programa em questão e de desenvolvimento do trabalho prioritariamente nessas áreas, num processo de tomada de decisão de quem deverá realizar as ações, como e quando.

A competência gerencial, segundo Motta (2003), é definida como a arte de pensar, de decidir e de agir. É a arte de fazer acontecer, de obter resultados. O gerenciamento em saúde compreende diferentes aspectos de gestão, indo desde a gestão do cuidado, passando pela gestão da organização até a gestão de riscos à saúde da população. No processo de gestão, é importante que informações de todas as áreas da organização sejam agregadas e analisadas, para apoiar as decisões organizacionais e seu planejamento.

O trabalho gerencial tem sido considerado uma área estratégica para a viabilização de novos modelos de atenção à saúde, pois, segundo Campos (2000), a posição intermediária que esse trabalho ocupa, entre as estruturas centrais (com poder de definição de diretrizes políticas) e a prestação direta de serviços (onde está em contato com o processo de produção e com seus usuários), caracteriza-o como um pólo privilegiado para a tradução de políticas em formas concretas de organização de ações de saúde.

Diante dessas reflexões, pode-se inferir que a prática gerencial em saúde coletiva exige habilidades, atitudes e conhecimentos diversos, demonstrados nos

parágrafos anteriores. O profissional que desempenha esse papel tem de ter competência técnica, administrativa e política, ter fundamentalmente o compromisso de conduzir e para conduzir é necessário conhecer e para conhecer a realidade precisa de informações pertinentes e, quando necessário, transformar o processo de trabalho e modificar a realidade local. Dessa forma, ele deve ter a habilidade pessoal de interagir com grupos, indivíduos e de resolver problemas e conflitos, conduzir e reconduzir constantemente a missão e os objetivos comuns para a ação cooperativa desejada, sempre na perspectiva de garantir a participação de todos no processo de coletivização das intervenções necessárias.

5 CAMINHO METODOLÓGICO

5.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

O método escolhido para a realização da pesquisa é o exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. Essa escolha justifica-se, primeiro, porque a linha de pesquisa qualitativa responde às necessidades geradas pela questão norteadora, em que se busca apreender como o enfermeiro gerente utiliza o Sistema de Informação em Saúde na sua prática cotidiana de cuidado; e também pela necessidade de ir além da resposta simples, no âmbito somente da utilização ou não do Sistema de Informação.

Dessa forma, necessitou-se, sim, de uma resposta mais detalhada, que possibilitasse um retrato do momento, espaço e tempo e que estivesse contextualizada, ou seja, inserida naquele cenário real. Nesse sentido, segundo Minayo (1999), a pesquisa qualitativa busca uma compreensão de uma realidade específica e única do fenômeno em estudo e possibilita trabalhar com o universo de significados a partir de descrição minuciosa em que se captam as percepções inseridas em seu contexto.

Também, a pesquisa qualitativa possibilita uma aproximação fundamental e íntima entre sujeito e objeto pesquisado, e tem como material básico a interpretação da palavra que expressa a fala cotidiana, sendo assim possível detectar as diferentes percepções, em diferentes contextos. Dessa forma, é adequada ao objetivo deste estudo, quando se propõe a compreender como se processa o uso do Sistema de Informação em Saúde pelo enfermeiro no desenvolvimento da prática do

cuidado e, a partir do que é apreendido, sugere estratégias de superação e fortalecimento para a utilização das informações geradas pelo Sistema de Informação em Saúde, integrando-as ao cuidado.

Minayo (1999) considera a saúde como parte de uma realidade social que, apesar de algumas especificidades, requer para a compreensão do significado de alguns fenômenos por meio de uma abordagem qualitativa.

Para Polit e Hungler (1995), a pesquisa qualitativa é conhecida como uma ciência *soft*, que tende a salientar os aspectos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana, tentando apreendê-los em sua totalidade, no contexto daqueles que os estão vivenciando. Assim, a pesquisa qualitativa não tenta controlar o contexto da pesquisa, e sim captar o contexto em sua totalidade. As autoras complementam essa idéia dizendo que “a pesquisa qualitativa envolve a coleta e análise sistemáticas de materiais narrativos mais subjetivos, utilizando procedimentos nos quais a tendência é um mínimo de controle imposto pelo pesquisador” (p.18).

Encontra-se também uma convergência dos propósitos desta pesquisa com o que Richardson (1995) considera sobre a metodologia qualitativa. Salienta o autor que o método qualitativo pode descrever a complexidade de determinado problema e analisar a interação de certas variáveis, permite compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribui no processo de mudança de determinado grupo e possibilita, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos.

A escolha pela pesquisa exploratório-descritiva atribui-se a ela contemplar os propósitos do estudo. Sobre a pesquisa descritiva, Polit e Hungler (1995) afirmam que ela auxilia na observação, descrição e exploração de determinados aspectos de

uma situação, enquanto a pesquisa exploratória busca explorar as dimensões desse fenômeno, a maneira como ele se manifesta e os outros fatores com os quais ele se relaciona.

Para Dencker e Viá (2001), a pesquisa exploratória aumenta a familiaridade do pesquisador com o fenômeno ou com o ambiente que ele pretende investigar. Os dados podem ser coletados por meio de levantamento realizado por entrevistas com pessoas que tenham experiência prática no problema a ser estudado, e que os dados coletados são predominantemente descritivos. O material obtido nessas investigações é rico em relatos de pessoas, situações e acontecimentos, incluindo transcrições de entrevistas e de depoimentos. Esse tipo de pesquisa tem o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador é seu principal instrumento. Explicitam os autores, ainda, que o interesse do pesquisador é verificar como o problema manifesta-se no cotidiano.

Descrever, para Martins (1994), envolve uma ação que é dirigida a alguém. Há diferença entre descrição de objetos, acontecimentos ou situações vividas, que se realizam no plano real, e um conjunto de proposições que constituem apenas um relato imaginário. O que é descrito deve ser aquela possibilidade que se mantém como havendo um ser, uma entidade. Não se pode descrever algo que não ocorreu. O autor salienta ainda que descrever algo é poder dizer como uma coisa pode ser diferenciada de outra ou ser reconhecida entre outras coisas. A descrição é uma atividade complexa.

Na pesquisa exploratória, para Tomasi e Yamamoto (1999), não é necessário criar hipóteses a serem testadas, mas sim se familiarizar com o fenômeno ou obter nova percepção dele e descobrir novas idéias. Ela permite ao pesquisador ampliar sua experiência em torno de determinado problema. Já a pesquisa descritiva, para

as autoras, estuda fatos e fenômenos do mundo físico e, especialmente, do mundo humano, sem a interferência do pesquisador. Assim, pretende descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade.

5.2 CONTEXTO DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Município de Curitiba, no Estado do Paraná. Esse cenário foi escolhido por Curitiba ser um dos primeiros municípios a aderirem ao Sistema de Gestão Plena de Atenção à Saúde no Estado; implantar, numa iniciativa piloto junto com o Instituto Nacional do Câncer, o Programa Viva Mulher – que é o Programa Nacional de Detecção Precoce do Câncer de Colo Uterino –; ser o idealizador do programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e pioneiro na sua implantação, que em Curitiba recebe o nome de Mãe Curitibana; e, conseqüentemente, implantar também um sistema de informação voltado para as ações de saúde.

O Município de Curitiba, localizado na região sudeste do Estado do Paraná, foi fundado em 1693, portanto, há 311 anos, e tem atualmente 1.671.194 habitantes (IBGE, 2004).

Curitiba começou seu processo de municipalização da saúde no início da década de 1990, quando organizou o Sistema de Saúde em oito distritos sanitários, sendo que cada distrito tem administração individual, com uma chefia de distrito, uma coordenação epidemiológica, uma de serviços e uma de vigilância sanitária. Essa descentralização tem permitido maior agilidade nas decisões e maior proximidade do poder público com a comunidade.

Esse tipo de gestão municipal em saúde é a que mais favorece a autonomia financeira, técnica e política do município. Muitos municípios começaram sua caminhada rumo à municipalização da saúde após a edição da NOB-1/93, como é o caso dos municípios de Londrina e Curitiba.

Já a escolha do Distrito Sanitário do Bairro Novo como cenário da pesquisa deve-se à facilidade de acesso, pois, atualmente, desenvolvo atividades de extensão nas unidades de saúde desse distrito, e também por ser o único distrito sanitário de Curitiba que tem implantado em todas as unidades o Programa da Saúde da Família, conseqüentemente, todas as unidades podem contar com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o prontuário eletrônico. Das onze unidades de saúde que compõem o Distrito Sanitário do Bairro Novo, oito têm como autoridade sanitária profissionais enfermeiros.

5.3 SUJEITOS DO ESTUDO

O estudo foi realizado com os enfermeiros que desempenham a função de autoridade sanitária nas unidades de saúde. Segundo regulamento da Secretaria Municipal da Saúde, é nessa função na unidade de saúde que o profissional tem de desenvolver atividades de gerenciamento e de tomada de decisão. Nessa função, o profissional é responsável por implantação, acompanhamento e avaliação dos programas no município, tradutores das políticas de saúde e, portanto, mediador entre os usuários do sistema de informação em saúde e a instituição.

Sete sujeitos do estudo são do sexo feminino e um do sexo masculino. Eles têm idade média em torno de 38 anos e todos freqüentaram o curso superior em faculdades localizadas no Estado do Paraná, sendo que quatro deles vieram de

instituições públicas e quatro de instituições privadas e todos desenvolvem a profissão há mais de oito anos. Seis enfermeiros já freqüentaram cursos de pós-graduação *lato sensu* e estão na instituição atual numa variação de no mínimo três anos para o máximo de 23 anos.

5.4 INSTRUMENTO DE COLETA DAS INFORMAÇÕES

Para obter as informações, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os profissionais enfermeiros que estão na função de autoridade sanitária nas unidades de saúde. Sobre isso, Minayo (1999) afirma que existem diferentes formas de estruturar uma entrevista, sendo ela aberta ou não-estruturada quando, durante a entrevista, é oferecida liberdade ao participante de abordar o tema proposto; já na entrevista estruturada, formulam-se previamente as perguntas; e a entrevista semi-estruturada caracteriza-se por articular as duas modalidades anteriores.

A entrevista é definida como sendo um processo de interação social entre duas pessoas, na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo obter informações do entrevistado, pelo emprego de um roteiro. Esse roteiro deve ser construído tendo por referência o tema, os objetivos e os pressupostos determinados no estudo (BARROS e LEHFELD, 1997).

Morse e Field, citadas por Turato (2003, p.314), dizem que, no método qualitativo, “a entrevista semi-estruturada é usada quando o pesquisador conhece a maioria das questões a perguntar, mas não pode prever as respostas. É útil porque sua técnica garante que o pesquisador obterá todas as informações requeridas enquanto, ao mesmo tempo, dá ao participante liberdade para responder e ilustrar conceitos”.

Para Turato (2003), na pesquisa qualitativa, a entrevista semi-estruturada ou semidirigida é a mais adequada como instrumento destinado à coleta de dados, pois é interativa, possibilita a identificação da linguagem e de conceitos utilizados pelo entrevistado e tem uma agenda flexível.

Segundo Minayo (1999) a entrevista é o instrumento adequado para a pesquisa qualitativa, porque pode revelar, por intermédio de um porta-voz, as reais representações de um determinado grupo sobre algo específico. Nesse sentido, a entrevista semi-estruturada permite ao entrevistador seguir livremente sua linha de pensamento dentro do tema proposto, levando ao desvelamento da realidade vivenciada pelo entrevistado.

A entrevista deve ser baseada em um roteiro, o qual deve facilitar a conversa e seu aprofundamento, servindo como um guia. Esse roteiro deve ser composto de itens que permitam o delineamento do objeto, em relação à realidade empírica, e deve respeitar as seguintes condições (BARROS e LEHFELD, 1990):

- a) na elaboração de cada questão, deve-se ter sempre em mente o objeto do estudo;
- b) tem de permitir ampliar e aprofundar a comunicação e não encarcerá-la;
- c) tem de contribuir para que se manifestem a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto do ponto de vista dos interlocutores.

O roteiro permite ao entrevistador, racionalmente, selecionar e explorar determinados pontos que levem a novos questionamentos, considerando os objetivos determinados pela pesquisa em questão. Partindo da livre expressão do entrevistado, o entrevistador pode chegar a pontos relevantes que venham a subsidiar o estudo. Para que esses pontos relevantes sejam desvelados, é preciso

buscar também o não dito dos entrevistados, buscar os significados pela análise dos discursos, ou seja, a análise de conteúdo.

Utilizou-se a entrevista semi-estruturada, na qual se incluíram os dados de identificação do sujeito a ser pesquisado e cinco (5) questões direcionadoras, descritas abaixo.

- Conte um pouco sobre as atividades que desenvolve diariamente na função de autoridade sanitária.
- Em quais situações, no cuidado, você necessita utilizar o Sistema de Informação em Saúde?
- Como a utilização do Sistema de Informação em Saúde contribui para o desenvolvimento do cuidado?
- Entre as ações de cuidado que você executa no seu cotidiano, quais são consideradas próprias do enfermeiro?
- Como você define a gerência do cuidado e o cuidado gerencial desenvolvido pelo enfermeiro?

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra pela pesquisadora.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

A enfermagem é a profissão que tem por essência o cuidado ao ser humano e, dessa forma, não pode eximir-se da responsabilidade de resguardar o bem-estar de sua clientela e de seus pares. Portanto, a postura ética assumida no desenvolvimento deste estudo foi de respeito pela individualidade, considerando-se

a singularidade, a história e o contexto de vida, de processo de trabalho e de formação profissional dos profissionais sujeitos desta pesquisa.

Assim, os princípios da ética fizeram-se presentes nas diversas etapas deste trabalho. Antes de iniciar a coleta das informações, submeteu-se o projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná. Somente após sua aprovação (Anexo 1), iniciou-se o processo de consentimento por parte da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, e, somente após aprovação do gestor, as entrevistas iniciaram.

Para as entrevistas, entrou-se em contato por telefone com os profissionais, e, para a elaboração da agenda, considerou-se a disponibilidade dos sujeitos, as quais foram agendadas no dia ou período do dia mais calmo, evitando assim atrapalhar o andamento ou a rotina do trabalho da unidade de saúde. O termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado antes de iniciar a entrevista (Anexo 2) e após a explicação detalhada sobre a pesquisa a ser realizada e a garantia de anonimato aos enfermeiros. Para essa garantia, utiliza-se a denominação *Amor-perfeito*, seguida de numeral de 1 a 8 e a ordem será a da entrevista concedida.

Amor-perfeito foi escolhido propositalmente, pois sempre que tenho oportunidade faço referência a essa flor que tem a capacidade de florescer no rigoroso inverno de Curitiba. Ela parece querer demonstrar que, apesar da adversidade do tempo, floresce, proporcionando ao ambiente um colorido ímpar e um aspecto mais alegre. Assim, presto uma homenagem aos profissionais enfermeiros que, com sua arte, transformam, muitas vezes, as situações difíceis em situações de esperança, amor, cumplicidade e cuidado. São profissionais capazes de trazer para a comunidade um pouco de confiança e esperança em um mundo melhor.

Optou-se por realizar as entrevistas no local de trabalho dos enfermeiros, o que dificultou, em alguns momentos, esse processo, pois os profissionais foram procurados com certa frequência pelos funcionários e até mesmo usuários para resolver problemas. Por outro lado, a situação gerada pela falta de privacidade possibilitou observar o desempenho do profissional frente às mais diversas situações, principalmente, na questão de relacionamento e capacidade de interação com a equipe e os usuários.

Após o agendamento e o cumprimento dos aspectos éticos, a explicação sobre a pesquisa e seus objetivos, iniciou-se a coleta de dados, mediante a aplicação de um instrumento (Anexo 3), com o objetivo de caracterizar os sujeitos da pesquisa.

5.6 ANÁLISE DAS DESCOBERTAS

A fim de apreender o significado do discurso dos sujeitos entrevistados, optou-se pela análise de conteúdo, pois ela permite, pelo seu método, desvelar a realidade, por meio de questões que inquietam o pesquisador, não negligenciando o rigor científico.

A análise de conteúdo é um método usado desde o século XVI e que atualmente vem servindo para o estudo de significados, de símbolos, representações, dados verbais ou comportamentais. Pela sua flexibilidade e organização de dados, possibilita não somente chegar a uma conclusão, como também favorece as diversas abordagens filosóficas.

O objetivo central da análise de conteúdo reside em traduzir fatos sociais em dados passíveis de tratamento qualitativo ou quantitativo (TOBAR, 2003).

Concernente a isso, Minayo (1999, p.211) afirma que:

A análise temática é bastante formal e mantém sua crença na significação da regularidade. Como técnica ela transpira as raízes positivistas da análise de conteúdo tradicional. Porém há variantes na abordagem que no tratamento dos resultados trabalha com significados em lugar de inferências estatísticas. Essas variantes, de certa forma, reúnem, numa mesma tarefa interpretativa, os temas como unidades de fala.

A finalidade principal da análise de informações é impor ordem ao material recolhido, com o propósito de analisá-lo e assim poder redigir a conclusão da pesquisa. Dessa forma, é preciso organizar e sintetizar os depoimentos coletados, bem como lhes fornecer estrutura, ou seja, dar sentido ao material recolhido. Minayo (1999, p.203) explica que a análise de conteúdo:

[...] em termos gerais relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem.

As informações coletadas por ocasião das entrevistas foram submetidas à técnica de análise de conteúdo. Sobre isso, expõe Bardin que:

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. [...] o tema é geralmente utilizado como unidade de registro para estudar motivação de opiniões, de atitudes. [...] as respostas a questões abertas, as entrevistas mais estruturadas individuais podem ser analisadas tendo o tema por base (1977, p.106).

Para que a análise de conteúdo ocorra a contento, é necessário domínio do conteúdo pelo pesquisador e também um bom referencial teórico, objetivando chegar ao verdadeiro significado do subjetivo em relação ao real.

A análise das informações coletadas baseada na técnica de análise de conteúdo de Bardin (1977, p.105) permite elucidar o tema, que é “a unidade de

significação que se liberta de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”.

Bardin (1977) apresenta os pólos cronológicos que compõem o método de análise de conteúdo, em que se processa a categorização segundo critério semântico, como análise temática. A operação de codificação realiza-se na transformação dos dados brutos, visando a alcançar o núcleo de compreensão do texto.

Assim, as fases da análise de conteúdo organizam-se cronologicamente em:

1ª Fase – Pré-análise: É a fase de organização, que tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as idéias iniciais, direcionando o desenvolvimento das próximas operações ou etapas, tendo em vista a análise. Recomendam-se, nessa fase, alguns passos necessários para que se possa trabalhar com os dados adequadamente. Primeiro, é importante transcrever todo o material coletado, após isso, realizar leitura minuciosa e flutuante, que tem por finalidade tornar o conteúdo mais claro, para assimilação e avaliação inicial, buscando-se, nesse processo, a **pertinência**, ou seja, a coerência dos conteúdos com o objetivo da pesquisa, a **homogeneidade**, isto é, se os dados foram coletados numa técnica idêntica, realizada em locais semelhantes e por indivíduos semelhantes, e, por fim, a sua **representatividade**, que se relaciona ao tamanho e à ampla abrangência da amostra, considerando-se o universo inicial.

O texto transcrito apresenta manifestações que contêm elementos que podem ser agrupados em uma determinada unidade, e são chamados de índices. Depois de escolhidos os índices, constroem-se indicadores e unidades de registro, que são palavras-chave ou frases que identificam alguma representação concreta dos significados existentes no discurso. Após esse exercício, é possível fazer recortes do

texto, para delimitar o contexto de compreensão, chegando-se assim às unidades de contexto que poderão ser divididas em unidades de significação.

2ª Fase – Exploração do material: Consiste na operação de codificação, visando a alcançar o núcleo de compreensão do texto. Nessa fase, o material coletado é separado nas unidades de significação e, assim, preparado para análise.

3ª Fase – Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: Nessa fase, os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos. O pesquisador, tendo em mãos resultados significativos, pode propor inferências e adiantar interpretações dos objetivos previstos ou, ainda fazer outras descobertas inesperadas. Ainda, nessa fase, o pesquisador deve trabalhar os resultados, dando-lhes uma conformação em quadros, diagramas e utilizando operações estatísticas simples ou até mais complexas.

6 APRESENTANDO OS RESULTADOS

A análise dos depoimentos, realizada via método de Análise de Conteúdo de Bardin (1977), iniciou-se logo após o término das entrevistas gravadas e transcritas.

Procedeu-se, então, à leitura flutuante de todos os depoimentos, tendo-se em mente o tema e os objetivos do estudo, os quais a nortearam. Consideraram-se, durante as várias leituras realizadas, as regras da exaustividade, da representatividade, da homogeneidade e a da pertinência, sempre em busca de alguma representação concreta dos significados existentes nas falas dos sujeitos. Chegou-se, assim, às unidades de registro, o que possibilitou, mediante recortes do texto, obter as seguintes unidades de contexto:

- A execução do cuidado gerencial pelo enfermeiro na unidade de saúde baseada nas informações disponibilizadas.
- O enfermeiro na gerência do cuidado na unidade de saúde: as diferentes interfaces.
- A interseção do cuidado gerencial e da gerência do cuidado: construindo conceitos.

Uma vez identificadas as unidades de contexto, procedeu-se à identificação das unidades de significação, como demonstrado no quadro seguinte:

Quadro 1 – Unidades de contexto e unidades de significação

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO
A- A execução do cuidado pelo enfermeiro gerente na unidade de saúde baseada nas informações disponibilizadas.	1- Refletindo a partir das informações fornecidas pelo SIS, para a execução do cuidado pelo enfermeiro gerente. 2- O contato direto com o usuário: requisito facilitador para a solução compartilhada dos problemas. 3- Características próprias do enfermeiro gerente no cuidado: tenho de estar sempre ligada. 4- Cuidando para que a equipe tenha as condições de execução do trabalho e gerenciando recursos humanos.
B- O enfermeiro na gerência do cuidado na unidade de saúde: as diferentes interfaces.	5- Gerenciando o cuidado para o alcance das metas utilizando SIS. 6- Conhecendo o processo de trabalho institucional e do outro profissional: habilidade que exige competência do enfermeiro na gerência do cuidado.
C- A interseção do cuidado gerencial e da gerência do cuidado: construindo conceitos.	7- Percebendo a apropriação conceitual pelo enfermeiro.

Na unidade de contexto A EXECUÇÃO DO CUIDADO PELO ENFERMEIRO GERENTE NA UNIDADE DE SAÚDE BASEADA NAS INFORMAÇÕES DISPONIBILIZADAS, os discursos revelam, sobre a unidade de significação **Refletindo a partir das informações fornecidas pelo SIS para a execução do cuidado pelo enfermeiro gerente** – em que o enfermeiro necessita de informações provenientes do Sistema de Informação em Saúde (SIS), de informações clínicas, informações epidemiológicas e informações gerenciais –, que as informações promovem um processo reflexivo para o todo e para o específico, sempre visualizando o cliente ou a comunidade como objeto de toda a ação. Esse processo gera conhecimento, que é condição fundamental para o gerenciamento e o direcionamento das ações e conseqüente tomada de decisão.

E o outro aspecto é aquele que é olhar para a unidade e pensar o que está acontecendo com a unidade, qual o movimento que ela está fazendo, para onde ela está indo, como ela está organizando o seu processo de trabalho. Quantas crianças a gente está atendendo, se está tendo muita criança no programa do leite, se a gente tem pouca criança no programa do leite. (Amor-perfeito- 1)

A importância do SIS para a prática do cuidado gerencial está referida nos seguintes discursos:

Na verdade, acho que ela permeia, ela é necessária a todas as atividades que eu descrevi na pergunta anterior. Mas vamos pensar assim: se eu estou pensando em prover meios, eu preciso ter informação epidemiológica, por quê? Se eu não souber quantos pacientes eu tenho com hipertensão, vão faltar medicamentos de hipertensão. Então, nesse sentido, eu me vali de uma informação epidemiológica para prover meios. (Amor-perfeito-1)

[...] não consigo visualizar as ações sem o sistema fornecendo informações. [...] todos os dados são conseguidos através do SIS. Eu tenho no sistema relatórios e informações e tenho acesso direto a essas informações. (Amor-perfeito-2)

[...] o pessoal brinca comigo que eu tenho todos os números na cabeça, o número de hipertensos, o número de diabéticos e de gestantes. Eu sei tudo aqui do bairro, assim, eu vou tentando trabalhar com eles, direcioná-los para as atividades necessárias. (Amor-perfeito-4)

Olha, o SIS me auxilia em todas as atividades. É praticamente impossível gerenciar sem todos esses registros, esses dados. Se esse sistema não existisse, nós teríamos que bolar um sistema manual capaz de fornecer esses dados. (Amor-perfeito-6)

Na verdade, todas, em todas as atividades nós utilizamos ou temos que recorrer ao sistema de informação, até da saúde mental hoje já há registro. Tudo que é registrado é utilizado para saber o que está acontecendo com o bairro, com a população. (Amor-perfeito-7)

Dentre os Sistemas de Informação em Saúde, os mais utilizados são o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o SISPRENATAL, que é o Sistema de Informação do Programa Mãe Curitibana ou do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Esses programas já nasceram com a lógica do acompanhamento, assim, são importantes ferramentas de gerenciamento,

pois disponibilizam uma gama de informações sociais, clínicas e epidemiológicas. O SIAB é um sistema de gerenciamento das informações de saúde, obtidas nas visitas às comunidades, e produz relatórios sobre a situação socio sanitária da população acompanhada (COSTA e CARBONE, 2004).

As informações em saúde são, cada vez mais, objeto da gestão institucional sobre suas práticas e ações. Nesse aspecto, Moraes (2002) chama atenção para a fragmentação das informações, consequência dos diferentes SISs e do modelo de atenção ora praticado, também fragmentado.

Um SIS precisa, antes de tudo, aglutinar dados e principalmente estabelecer interlocuções entre os diferentes programas.

Quando chega o resultado do preventivo, daí a gente vai ver na pasta, como é que está. Quantas mulheres a gente atendeu este ano, quantas apresentaram o resultado do preventivo alterado e o que a gente tá fazendo, se está monitorando ou não está. (Amor-perfeito-1)

Esses relatórios do Mãe Curitibana e da vacina, do SIAB, são ótimos. Não consigo imaginar sem esses relatórios, porque me identifica o usuário, quem é ele onde ele mora, identifica que ela não compareceu. [...] todas as outras atividades da avaliação ao pedido de medicação eu preciso saber pelo sistema. (Amor-perfeito-8)

Sem o SIS, fica muito difícil atuar. Não dá para fazer planejamento e nem gerenciamento! (Amor-perfeito-3)

Sempre a gente vem para US já sabendo o que vai se fazer, um planejamento do que vai ser feito aquele dia. Sempre aparece algum fogo para a gente apagar, e a gente não consegue dar conta daquilo que planejou. (Amor-perfeito-4)

Fica evidente que o SIS é um instrumento indispensável para as diversas atividades do cotidiano da prática profissional da autoridade sanitária. A seguir, apresenta-se a utilização do SIS nos diferentes procedimentos ou atividades necessárias à prática do cuidado gerencial.

Tanto as informações gerenciais como as epidemiológicas e clínicas são utilizadas. A informação gerencial fornece dados sobre quantas e quais ações de saúde foram produzidas e onde, por quem e a que custo operacional. A informação epidemiológica fornece dados sobre onde, quando e em quem ocorreram as doenças, os agravos e as mortes. As informações clínicas são as informações referentes à condição de saúde de um indivíduo, obtidas no prontuário do cliente ou relatos de profissionais, após o atendimento.

No caso do Município de Curitiba, já está funcionando um sistema de prontuário eletrônico interligado nas diversas instituições de saúde e de diversos níveis de complexidade. Assim, na fala dos sujeitos, percebe-se onde as informações são utilizadas, sem distinção, para a melhor gestão da unidade de saúde. Elas são usadas para a elaboração do Plano Operacional da US, para a justificativa da solicitação de insumos e medicamentos, para ações de acompanhamento e avaliação, para a emissão de relatórios, na identificação do risco, para o redirecionamento das ações e na tomada de decisão.

O Plano Operacional das Unidades de Saúde é elaborado anualmente e acompanha a Programação Pactuada Integrada (PPI), que o município também elabora anualmente (BRASIL, 2001). A PPI é o conjunto de atividades, metas e recursos financeiros, pactuados entre os governos federal, estadual e municipal, relativos a todas as ações que o estado e o município tem de realizar para a melhoria das condições de saúde da população (BRASIL, 2001). Desse modo, a PPI apresenta algumas especificidades ligadas às competências dos estados e dos municípios, de forma que a PPI que compete às unidades de saúde é a PPI de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD). Esse planejamento anual tem de ser pactuado entre o gestor, a Secretaria de Saúde do Município e as unidades de

saúde, pois quem viabilizará o alcance das metas é quem está na execução dos programas e das ações diretas com a comunidade.

A utilização do SIS para a elaboração do Plano Operacional da US é considerada pelo enfermeiro como essencial para sua prática diária, pois lhe permite aproximar-se dos componentes da equipe, no intuito de compreender as atividades de cada um, compartilhar idéias e visões, bem como criar interdependência para o desenvolvimento do trabalho pelas equipes.

A situação vivenciada depende de diferentes variáveis, como o dimensionamento da equipe, a distribuição das atividades e o repensar do processo de trabalho, tendo como fundamento a informação epidemiológica. A gestão do serviço e da equipe subsidiada pelo SIS possibilita melhorar a qualidade tanto técnica como humana, o que resulta na satisfação dos usuários.

Eu sinto necessidade do SIS, principalmente relacionada ao plano operacional. Sem isso, não tenho condições de elaborar o plano. (Amor-perfeito-2)

[...] Da mesma maneira, pensar em dimensionar a equipe e também distribuir as atividades que precisam ser realizadas, então, a informação epidemiológica subsidia isso também, tanto mais quando a gente pensa no todo da unidade no sentido de repensar qual é o processo de trabalho que está sendo desenvolvido. Eu tenho que novamente olhar o dado epidemiológico, então eu tenho que ver qual é a minha população, se eu tenho mais crianças, se eu tenho mais mulher, se eu tenho mais hipertenso, e tal. (Amor-perfeito-1)

O SIS auxiliando para justificar a solicitação de insumos e medicamentos permite direcionar a tomada de decisão, a partir da visibilidade dos dados que fornece. As necessidades do usuário são traduzidas pelo enfermeiro, ao deparar-se com as informações contidas no sistema, a partir do qual ele obtém a visão integral de sua população: quem é, quais as doenças prevalentes nela, quanto de medicamentos é necessário, quando é necessário estar disponível, se é preciso

aumentar ou diminuir as cotas. Esses indicadores colocam em ação o cuidado gerencial e justificam essa ação. Corrobora isso o discurso dos entrevistados, que expressam da seguinte forma a utilidade do SIS:

Por exemplo, quando solicitamos medicamentos ou aumento de cota, é necessário que a gente justifique e essa informação, vem do SIS, dos programas. Tudo tem que estar documentado no sistema. (Amor-perfeito-2)

[...] Gerenciar equipamento, medicamento, readequar os estoques de insumos e medicamentos. (Amor-perfeito-3)

Através da demanda de diabéticos e hipertensos é que sai a programação de atendimento e oferta de insumos e medicamentos [...] (Amor-perfeito-3)

[...] eu só posso solicitar aumento ou diminuição de cotas, seja de consultas ou medicamentos, se eu justificar. (Amor-perfeito-5)

[...] aumento de cota de medicamentos, e isso é baseado nos dados. Se houve aumento de demanda ou aumento de consumo, a gente tem que tirar o relatório e ir entrando na ficha dele. (Amor-perfeito-4)

Para a fatura do SIAB, solicitação de medicamentos, acompanhamento de atendimento. (Amor-perfeito-3)

Hoje nós só tomamos decisão baseadas em dados reais [...]. (Amor-perfeito-5)

E principalmente quando eu tenho que resolver algum problema ou quando eu tenho que tomar uma decisão relacionada com o atendimento [...] (Amor-perfeito-2)

Em 1994, Moraes (2002) pesquisou os SISs existentes e a sua relação com o processo decisório, concluindo que apenas 46% dos profissionais entrevistados utilizavam os SISs como base para a tomada de decisão e a condução e recondução das ações.

Testa (1995), Berto (2000) e Motta (2003) destacam que a tomada de decisão cabe à gerência ou às instâncias gerenciais no cotidiano, e envolve as dimensões técnica, administrativa e política.

- **Utilizando o SIS para ações de acompanhamento e avaliação:**

As ações de acompanhamento e avaliação necessitam de diferentes olhares, em que todos os envolvidos em uma determinada prática ou programa lançam mão da informação gerada para analisar em conjunto os resultados de seus trabalhos (BRASIL, 2000). A avaliação é aspecto relevante no contexto organizacional, uma vez que o enfermeiro depara-se com diferentes variáveis que compõem o plano pactuado e principalmente os resultados alcançados. O ritmo, a qualidade e a quantidade das ações desenvolvidas dependem da avaliação multiprofissional, em que o gerente tem o domínio da totalidade das ações a serem implementadas, negociadas ou reestruturadas.

Durante todo o processo avaliativo na atenção à saúde, há envolvimento de pessoas, as quais estão compromissadas com o alcance do que foi planejado, utilizando as ferramentas técnicas de desempenho, as éticas, de relações interpessoais e, sobretudo, os indicadores contidos no Sistema de Informação em Saúde. Há um entrelaçamento entre as dimensões técnicas e humanas, as quais são direcionadas pelo enfermeiro ao desempenhar o cuidado gerencial.

Motta, citada por Gil (1998, p.189), refere que “a necessidade de melhoria da qualidade e produtividade dos serviços trouxe à tona a importância da função gerencial nos níveis locais, numa aproximação à flexibilização administrativa e à descontração do poder, até então restritas aos níveis centrais dos órgãos”.

Sobre isso, manifestam-se os entrevistados:

[...] tenho como acessar quantas consultas médicas no trimestre foram realizadas para cada gestante, os resultados de exames e a evolução da gestação. A informática possibilita isso, temos condições também de saber quantas gestantes foram inscritas no programa, a faixa etária e se ela foi inscrita no tempo certo, antes do quarto mês de gestação. (Amor-perfeito-2)

[...] e após a execução do plano são feitas atividades de avaliação, que são realizadas de três em três meses. A gente fecha o plano com a autoridade do distrito e, no final do período, com toda a equipe da unidade, nós comparamos as metas estabelecidas com as atividades realizadas. (Amor-perfeito-2)

[...] olha gente, nós inscrevemos menos gestantes do que o previsto, o que está acontecendo? [...] a gente melhorou o planejamento familiar ou a gente não captou essa gestante? Então se [...] leva para discussão no grupo, para que a gente veja no que nós estamos falhando. (Amor-perfeito-3)

É o sistema que fornece os dados, o que eu realizei e o que não se realizou, o que aconteceu? (Amor-perfeito-5)

Também tenho que acompanhar a produção da unidade, os registros e compará-los com dados anteriores e com o plano pactuado. (Amor-perfeito-6)

[...] Relatório do programa, por exemplo, gestante, preventivo, hipertenso etc. e, aí, pode-se redirecionar ou redimensionar o programa. (Amor-perfeito-3)

[...] análise de óbito materno e infantil. (Amor-perfeito-7)

[...] e a avaliação é trimestral é com todo mundo junto. (Amor-perfeito-7)

Aqui eu tenho uma divisão de cinco microáreas, e como é uma área rural, tem características diferentes, tem microárea que não tem nenhuma criança. Eu vejo se aquela equipe atingiu, se todos os pacientes foram atendidos, se todos os pacientes estão ativos, se não há vacina atrasada, se as visitas domiciliares estão compatíveis com o número de famílias daquela microárea. (Amor-perfeito-7)

Olha, quando a gente está fazendo o relatório, a gente não só vê números, a gente começa a perceber o paciente que não veio, o paciente que faltou. E com outros profissionais isso não acontece, é muito difícil, porque eles foram formados para a técnica e não para gerenciar. (Amor-perfeito-8)

[...] e a avaliação trimestral do PSF é o que dá maior trabalho. (Amor-perfeito-8)

[...] ou se de repente o plano não está de acordo com a necessidade ou a epidemia da unidade. (Amor-perfeito-2)

No que concerne à situação descrita por Amor-perfeito-8, Moresi (2000) expõe que o entendimento de uma determinada situação depende da capacidade do indivíduo decisor de visualizar além dos números. Ele precisa enxergar o cenário

onde a situação está ocorrendo, para, assim, criar condições de planejamento e de ação.

- **Utilizando o SIS para o redirecionamento das ações:**

As informações fornecidas pelo SIS permitem que o profissional enfermeiro tenha maior clareza sobre os aspectos que estão envolvidos na gerência de uma US. Sobre isso, Boas, Liberalino e Mota (1998, p.194) explicitam que:

[...] ainda é o enfermeiro que detém, na equipe de saúde, a visão mais globalizante, mais generalista, o que lhe confere um potencial para alcance da totalidade, ou seja, a inclusão das necessidades sociais, da análise dos determinantes do processo saúde-doença, dos fatores de risco associados aos problemas de saúde e aos agravos dele decorrentes, possibilitando-lhe a condução do processo cuidar da enfermagem e sua articulação com o cuidar em saúde dos indivíduos/família no espaço singular e da coletividade na totalidade social.

Os discursos abaixo refletem a análise desses autores:

Olha, depois da avaliação que nós realizamos em março, tudo mudou, tivemos que redirecionar as ações do programa da saúde da família, e isto só foi possível pela ação da avaliação e dos dados obtidos. Até o mapa que você vê na parede é baseado nas informações do SIAB. (Amor-perfeito-4)

[...] aí, abrem para a reflexão para o que está acontecendo com as outras. Vira e mexe você pega uma gestante com resultado alterado de toxoplasmose, então, o que eu faço com isso? Daí, lá vamos entender. Toxoplasmose é 'complicadinho' entender, o que acontece com isso e tal, e nesse momento você reflete: Quantas gestantes eu tenho que estão com toxoplasmose? (Amor-perfeito-1)

- **O SIS colaborando na identificação do risco – demarcando a área de risco:**

As informações servem também para marcar áreas de risco de violência e de algumas doenças. (Amor-perfeito-4)

[...] faz um acompanhamento. A gente olhou no sistema de prontuário eletrônico, é de risco, a ACS vai atrás [...]. (Amor-perfeito-5)

Então, quando eu tenho uma gestante com uma história de algum risco obstétrico, isso é informação clínica dela. Eu tenho que ligar a uma informação epidemiológica, que ela tem menos de 16 anos, é primigesta, tal e tal. Isso me reporta a uma situação epidemiológica, ela tem maior risco de adoecer, maior risco de morrer. Então, para identificar [...] (Amor-perfeito-1)

- **O SIS importante para a emissão de relatórios:**

Nesse sentido, do discurso, apreende-se a utilidade dos relatórios gerados pelo sistema:

[...] Os relatórios do SIAB, e para o BPA, que é o boletim de produção da atenção que é a fatura da unidade. Sempre tem que conferir item por item, se registrar errado, por exemplo, um auxiliar que tenha registrado uma consulta de pré-natal, esse registro não vai ser aceito, porque não é permitido pelo cadastro que o auxiliar faça esse procedimento. Consulta, somente o médico e o enfermeiro podem realizar. Essa conferência é realizada pela autoridade e isso demanda um cuidado especial porque um erro significa menos dinheiro que entra para o município. (Amor-perfeito-5)

Os relatórios gerados pelo SIAB permitem uma visão social e biológica das famílias cadastradas, de suas situações de saúde e do acompanhamento das famílias, bem como de atividades e procedimentos produzidos pela equipe de saúde da família. Um dos indicadores para o Índice de Desenvolvimento da Qualidade relacionado à produtividade é obtido do SIAB (BRASIL, 2000).

[...] Para fazer os relatórios propriamente ditos, o relatório do SIAB, o relatório do IDQ. [...] Para o momento de avaliação comparado com a meta pactuada. (Amor-perfeito-6)

Além de todos os relatórios que a gente levanta na unidade de saúde, do Sistema de Informação Atenção Básica, as faturas da unidade de saúde, tem a parte gerencial de RH, que toma a maior parte do tempo da gente, problemas com funcionários e agente comunitário de saúde, e o próprio [...] (Amor-perfeito-2)

Branco (2001) enfatiza que as informações em saúde dinamizam a gestão, facilitam a emissão de relatórios (BPAs) e o conseqüente acompanhamento financeiro. Promovem, também, o acompanhamento dos programas e subsidiam o planejamento e a programação das ações e, principalmente, o estabelecimento de prioridades.

Por outro lado, a ausência de uma política de informação de saúde comprometeu a qualidade, adequabilidade e compatibilidade das informações ora disponíveis no sistema, o qual, segundo Branco (2001) e Moraes (2002), foi planejado exclusivamente na lógica de cada programa de saúde, isoladamente.

O fato de você ter que manusear vários relatórios é uma dificuldade, porque cada relatório está formatado de maneira diferente. Então, você trabalha sobre aquele relatório e identifica quais variáveis estão contempladas ali, e fica pensando: Como o dado foi coletado para chegar aqui?; O que este dado na verdade me diz? Pra eu chegar nessa parte de análise, eu preciso entender qual é o campo que gerou isso, o profissional está preenchendo esse campo ou não tá? Eu tenho fidedignidade nisso ou não tenho? Ele é confiável ou ele não é? Então, manusear muito relatório tem muita dificuldade. (Amor-perfeito-1)

As inúmeras utilizações do Sistema de Informação em Saúde, na prática de gerenciamento, revelam também alguns problemas operacionais com o sistema, comprovados nas falas dos sujeitos relacionados a seguir. A primeira dificuldade apontada nos discursos refere-se: aos relatórios serem emitidos pelo sistema em diferentes formatos; a que, muitas vezes, o profissional que os manuseia não conhece o fluxo e nem os dados que alimentaram o sistema; e a se esses dados são confiáveis. Esse problema encontra explicação na história e na evolução do SIS, pois os diferentes SISs foram criados por mecanismos distintos, ora pelo Ministério da Saúde, ora pelo Ministério da Previdência e também por diversos setores e órgãos do próprio Ministério da Saúde, e isso determinou uma variedade enorme de

interesses diversos que, conseqüentemente, gera conflito para quem os utiliza (BRASIL, 2003).

Como sistema, o SIS precisa permitir a análise de suas partes isoladamente, mas, também, permitir interação, junção delas, para que, assim, possibilite a visão do todo. Essa necessidade vai ao encontro do que mostra a Teoria dos Sistemas de Bertalanffy (1977) e é respaldada pelo discurso coletado:

Assim, muitas vezes, o sistema me dá um relatório que não é a realidade da área. O sistema passou por várias modificações e hoje ele é quase perfeito, o problema é quem alimenta o sistema. Todo o nosso pessoal está bem treinado. (Amor-perfeito-2)

[...] Se bem que o SIS tem suas falhas, ele não é perfeito. Por exemplo, existe uma diferença muito grande entre as equipes, existem equipes que registram tudo. Então, a falha não é propriamente do sistema, mas de quem usa o SIS. Temos aquele profissional que registra tudo, por exemplo, o atendimento à gestante, a inserção de um paciente hipertenso no programa, mas tem aquele que também não registra que foi dispensada à medicação [...]. (Amor-perfeito-2)

Ainda assim é preciso trabalhar para que os dados sejam registrados no sistema de uma forma mais correta. Você me entende? Eu tenho medo de que os dados não estejam corretos, isso é muito de responsabilidade do profissional. (Amor-perfeito-6)

O problema ainda desse sistema é a questão do registro, nem todos têm treinamento suficiente para lidar e entender o sistema. Eu quero ainda treinar todos eles, para que as informações sejam o mais corretas possível. (Amor-perfeito-5)

O sistema tem defeito, mas hoje a gente tem que registrar, porque há uma consciência. Se não registra, não tem informação, e a própria produtividade individual cai. (Amor-perfeito-7)

Ainda precisam melhorar alguns relatórios, precisam melhorar os relatórios individuais. Ainda tem relatório necessário que está sendo desenvolvido pela informática. A questão da criança não aparece ainda. Hoje, o sistema permite cadastrar somente a criança que tem risco. Caso, na visita mesmo que a DN notificou como risco, a enfermeira chegou lá e verificou ela como não tendo risco. Então, ela sai do sistema, porque não tem como cadastrar essa criança. Aí, quando você tira o relatório, não houve registro desse atendimento. (Amor-perfeito-8)

Fica explícita, portanto, a necessidade de treinamento, a necessidade de que a alimentação dos dados seja o mais fidedigna possível, e que o profissional que interpreta as informações conheça o fluxo e a concepção do sistema em questão.

Quanto mais e melhores informações se dispuserem, melhor conhecimento ter-se-á sobre a população e poder-se-ão pensar alternativas de ação mais compatíveis com as necessidades da comunidade (MORAES, 2002).

Entre os profissionais entrevistados, ficou evidente que um dos problemas na utilização do SIS refere-se ao uso da tecnologia da informática e ao quantitativo dos equipamentos disponíveis na US.

No início, eu tive muita dificuldade por não dominar a máquina, o computador. Acho até que essa é uma dificuldade de muitos profissionais. Agora, depois que eu dominei... (Amor-perfeito-2)

[...] até eu acho que precisaria mais computadores para que o pessoal pudesse acessar mais vezes. (Amor-perfeito-4)

Também fica evidente a necessidade de expandir o SIS para outros programas, como o da Saúde da Criança e da Saúde Mental

Acho que falta informação. Olha a saúde mental. Lá só pede a quantidade de atendimento e classificação das doenças. A gente faz muito mais que isso. (Amor-perfeito-4)

Hoje, a única atividade que não tem registro direto é de atendimento com crianças. Tenho a impressão que é porque o MS não tem interesse, mas, mesmo assim, eu consigo tirar por faixa etária o atendimento realizado. (Amor-perfeito-7)

O poder que a informação confere fica evidente e registrado na atitude do Conselho Regional de Medicina (CRM), que proibiu, em nome da ética, o acesso à informações clínicas por outros profissionais que não sejam os médicos. Os discursos retratam tal atitude e falam por todos os indignados com ela.

Agora estamos com dificuldade de acessar, em função de que colocaram uma senha de acesso. Isso tem dificultado também o planejamento de visitas e seguimento, pois não temos acesso a toda a informação. (Amor-perfeito-3)

Uma das dificuldades é que hoje nós não podemos mais acessar o histórico do paciente, somente o médico, devido uma questão de sigilo médico. O CRM não nos autoriza esse acesso, mesmo sendo autoridade sanitária. Essa questão só dificulta a nossa resposta em defesa do próprio profissional médico. (Amor-perfeito-5)

Uma questão que tem dificultado é que não é permitido, por uma questão do CRM, nós, autoridades, acessarmos os históricos. Você veja, há casos em que o paciente chega aqui passando mal, e não há médico naquele horário, mas você precisa dele para encaminhar o paciente, saber o que ele tem. Daí, não dá para fazer muita coisa, é só encaminhar mesmo. Isso é briga de poder, quem tem a melhor informação tem mais poder. (Amor-perfeito-7)

Essa atitude tem, de certa forma, prejudicado quem? Com certeza, o próprio usuário, cujo encaminhamento, num momento de emergência, é dificultado por falta de informações. Também, muitas vezes, por falta de acesso à informação, a autoridade sanitária retarda a tomada de decisão e o redirecionamento das ações.

Pode-se concluir que, na prática do gerenciamento, as informações gerenciais, epidemiológicas e clínicas são importantes instrumentos auxiliares para a gestão, mais especificamente, para o planejamento e avaliação do serviço e dos programas.

Na unidade de significação **O contato direto com o usuário: requisito para a solução compartilhada dos problemas**, os depoimentos deixam clara a importância e a necessidade de participação da autoridade sanitária junto à comunidade. Reforçam, também, que o papel que o enfermeiro desempenha é de mediador e resolutor de problemas. Ele está em contato direto com a clientela, ele participa dos Conselhos Locais de Saúde e, em alguns casos, até coordena-os. Essas atividades, segundo Mishima (1995), fazem parte do poder político exercido

pela gerência, considerando a capacidade que o gerente precisa ter de mobilizar grupos sociais em demanda, reclamações e interesses.

Um grande número de atividades está relacionado à demanda direta do usuário. Em relação à solução da sua própria situação de saúde, a unidade precisa de apoio de outros serviços, sejam serviços secundários, terciários, internamento, e tal. A gente ajuda a entender em que situação clínica ele se encontra e qual serviço dentro da rede SUS tem a competência, é mais apropriado, para resolver aquele problema. Isso ocupa muito de nosso tempo diariamente. (Amor-perfeito-1)

Uma é a atenção direta ao usuário em relação principalmente ao seguimento dele. Ele precisa de orientação de qual caminho seguir. E essa orientação reflete para o próprio profissional que está atendendo, pois, muitas vezes, esse profissional não sabe para onde encaminhar a outra questão. (Amor-perfeito-1)

[...] quando a gente está em férias, é que acontecem algumas situações que eles reclamam. Sabe como é, em janeiro, eu estava de férias e aí houve reclamação na Central de Atendimento ao Usuário (CAU). (Amor-perfeito-4)

A CAU também é outra situação em que só a autoridade sanitária responde. Eu tenho que verificar o que aconteceu e que gerou a reclamação, e, muitas vezes, o usuário não fica contente com a sua resposta, e você tem que responder novamente. Nós recebemos de 50 a 70 CAUs por mês. (Amor-perfeito-5)

A autoridade sanitária é o profissional da equipe reconhecido pelos usuários como referência na unidade de saúde. Ele precisa transmitir segurança e sentir segurança para solucionar vários problemas. Em vários depoimentos, percebe-se que a função político-social faz-se necessária, confirmando, portanto, a interseção da saúde com as demandas e questões sociais. Estas falas reforçam a necessidade de que o profissional enfermeiro tenha conhecimento em outras áreas, principalmente, nas ciências humanas, sendo essa condição necessária e facilitadora para que o profissional atue adequadamente nesse campo.

A gente percebe, ele se sente mais seguro, e a partir disso ele passa a ter a gente como referencial para resolução de problemas. Eu já tive vários relatos assim: que bom que você está aqui! Você sente que tem capacidade de resolver o problema. (Amor-perfeito-1)

[...] Conselho Local de Saúde é uma coisa que toma bastante tempo e o atendimento ao usuário. Praticamente 50% do meu tempo eu dedico a esse tipo de atividade. (Amor-perfeito-2)

[...] junto ao Conselho Local. (Amor-perfeito-3)

Participo das reuniões do Conselho Local, e coordeno, de um modo geral, todas as atividades. (Amor-perfeito-4)

Aqui no bairro há bastantes creches, escolas de que a gente tem que estar perto, atendendo sempre a população. (Amor-perfeito-4)

Essa é outra atividade, buscar internamento, exames. Se for preciso, eu falo até com o secretário, para poder atender o paciente. (Amor-perfeito-4)

[...] a comunidade acha que a culpa é minha de não ter médico. Então, eu tive que, na reunião do conselho, explicar, que para vir um médico para cá ele primeiro tem que querer. (Amor-perfeito-5)

E a outra questão é o relacionamento com a comunidade. Você tem que estar sempre de bem, tanto com a comunidade como com os funcionários. Nas reuniões de conselho, que são realizadas mensalmente, sempre a comunidade participa, mas ela participa mais quando tem algum problema. Agora que há falta de médico, eles estão participando. (Amor-perfeito-5)

As questões abordadas nas falas dos enfermeiros comprovam o que Mishima *et al.* (1996) referenciam sobre a gerência em saúde. Elas salientam que a gerência é uma atividade meio, cuja ação central está na articulação e integração, e que, ao mesmo tempo, transforma e é passível de transformação pelo seu processo de trabalho.

Participo também no Conselho Local de Saúde. A gente tem que ter uma outra visão, mais abrangente como coordenador de equipe. (Amor-perfeito-6)

[...] temos que estar sempre participando de todos os eventos, é câmara da creche, é câmara da Associação de Moradores e é o Conselho Local Comunitário de Saúde. É estar envolvidas com todos os equipamentos do bairro, em todas as decisões, até com o Conselho Tutelar. (Amor-perfeito-7)

Também, a reunião do Conselho Local de Saúde é realizada todo mês aqui. (Amor-perfeito-8)

Nas falas dos Amores-perfeitos-1-2-3-4-5-6-7-8, percebe-se claramente a consciência sobre a importância da participação da comunidade e do profissional autoridade sanitária no Conselho Local de Saúde e, conseqüentemente, na condução das questões de saúde daquela comunidade. Nesse espaço, fica o registro da necessidade da participação de todos os sujeitos envolvidos neste processo de reconstrução das práticas sociais. Por outro lado, o papel político inerente ao cargo é o que acarreta o maior peso na função gerencial. Estar na linha de frente implica ter de responder a questões que nem sempre o profissional domina e que são relativas a sua competência.

O nosso conselho é esvaziado, e isso não é bom, porque, se ele não participa, ele não opina. Eles faltam muito. Quem quer reclamar, a autoridade está aqui, para receber as reclamações, mas eles preferem ligar para 156. Eles acham que, se ligar para o 156, quem vai resolver é o secretário. Eles se assustam quando é a gente que retorna. (Amor-perfeito-8)

E quem coordena isso é a comunidade. Então, nós temos uma associação para o bairro todo, eles têm que prestar contas para a prefeitura, e eles priorizam as necessidades de acordo com a nossa solicitação. E tem também a questão de participação. Se a unidade não participar das reuniões, ela não vai ter voz, não vai participar da decisão. (Amor-perfeito-5)

O manejo da comunidade é a parte mais difícil, não a comunidade em si. A nossa posição é muito delicada, nós estamos na linha de frente, é a nossa posição frente às questões da comunidade. Nós não conseguimos saber de tudo, a gente não está em todos os lugares ao mesmo tempo. É uma posição muito delicada. A gente lida com o cliente interno, que são os funcionários, e o externo. Às vezes, a comunidade não entende a dinâmica da unidade, então, como autoridade, a gente tenta avançar cada vez mais, mas também não tenho todo esse domínio. (Amor-perfeito-8)

Percebe-se que, no cuidado gerencial, o profissional precisa ter habilidades e competências também para desenvolver atividades técnicas necessárias ao atendimento da demanda.

[...] e tem ainda o atendimento direto aos pacientes, principalmente, no programa de saúde mental, no Mãe Curitibana. Hoje, eu estava programando as oficinas com gestantes, adolescentes e gestantes, que eu mesma vou ter que realizar! (Amor-perfeito-3)

O que a gente atende? – tudo do que eles não dão conta, eu atendo. (Amor-perfeito-4)

A gestante pode ser de risco ou pode não estar sendo acompanhada, por ser de risco, lá no Evangélico. Isso não importa, nós vamos atrás. Ela não precisa passar também pelo médico aqui, mas tem que passar pela enfermeira. Nós precisamos acompanhar essa gestante, se ela está indo à consulta ou não. (Amor-perfeito-5)

Dessa forma, portanto, o desenvolvimento do cuidado gerencial exige conhecimento mais profundo das ciências humanas, como a sociologia, antropologia, bem como das ciências da comunicação e ciências políticas.

Os conflitos, em algumas situações, eu sempre digo, se resolvem com uma boa conversa. Eu canso de falar com os funcionários, que, em determinadas situações, a gente precisa parar e conversar. Já chegaram vários pacientes com hipertensão, o que se resolveu com uma boa conversa. Outros profissionais não têm essa visão de que um problema lá fora pode acarretar outros sintomas. Imagine uma paciente que não dormiu à noite, porque o filho é drogadito e não dormiu em casa. No outro dia, ela está hipertensa, com certeza. (Amor-perfeito-5)

Amor-perfeito-6 é autoridade sanitária em uma US que tem uma área de abrangência grande, mas com uma população bastante reduzida, aproximadamente 3.800 habitantes, e com apenas uma equipe de PSF. Dada essa condição, a Secretaria da Saúde não disponibilizou outro profissional enfermeiro, portanto, esse profissional também desenvolve ações necessárias de chefia de equipe de PSF, conforme apreendido no discurso:

Na parte assistencial, eu atendo aos programas do Mãe Curitibana, desde a vinculação da gestante, o monitoramento, o acompanhamento, até a consulta puerperal da gestante. Os programas de hipertensos, diabéticos e até lactentes passam por mim primeiro, para depois ser encaminhado para a consulta médica. [...] Também faço atendimento domiciliar, quando o paciente não pode vir até a unidade. (Amor-perfeito-6)

Na unidade de significação que trata das **características próprias do enfermeiro gerente no cuidado: tenho de estar sempre ligada**. Podem-se perceber diversas considerações que vão da capacidade de comunicação até a disponibilidade do profissional para interagir com o usuário e com outros profissionais.

E eu acho que o enfermeiro tem a capacidade de uma visão ampliada. Acho que essa capacidade vem da escola, de como trabalhar a estrutura do sistema de saúde, que os outros profissionais não trabalham. Tanto na área coletiva como na área hospitalar, acho que o enfermeiro circula mais pelos setores, então ele tem maior oportunidade de conhecer o fluxo interno da administração, da instituição, de uma maneira geral. Eu acho que isso é um facilitador na hora de ele gerenciar. Se você conhece os caminhos, isso é um facilitador. (Amor-perfeito-1)

Necessário é ter uma visão ampliada, perceber o todo, conhecer o sistema de saúde e o fluxo administrativo institucional, bem como o processo de trabalho do outro profissional. É importante perceber que o cuidado gerencial executado pelo enfermeiro tem características próprias e, portanto, diferencia-se do cuidado dos demais profissionais que compõem a equipe da unidade de saúde.

Mediante o que foi exposto, é possível apreender que a formação do enfermeiro abrange diferentes dimensões: a gerencial e a de comunicação, onde está enfatizada a dimensão do cuidar, o que o torna diferente no agir profissional.

O enfermeiro, ao realizar o cuidado gerencial, preocupa-se com o todo do cliente e tem flexibilidade na organização das ações, na organização do tempo e espaço, assim como na organização das relações interpessoais.

Eu tenho que estar sempre ligada. Eu noto qualquer movimento diferente, eu percebo as emergências, eu posso estar na minha sala, que é aqui no fundo, mas eu percebo que algo de anormal está acontecendo lá na frente. (Amor-perfeito-4)

A minha chefia sempre diz que nós, os enfermeiros, temos a capacidade de entender o todo. Por isso, a gente gerencia melhor. Olha, existe diferença gritante entre as unidades gerenciadas por enfermeiros e as outras gerenciadas por outros profissionais. Eles ficam alheios, enquanto nós entramos totalmente no processo. A gente gerencia de uma forma mais globalizada, não separamos os problemas. Olha, agora nós vamos cuidar do seu pé. Não. A gente trata do pé e de tudo mais que esse paciente está vivendo naquele momento. (Amor-perfeito-7)

Ele consegue supervisionar. O enfermeiro ainda é o profissional que tem mais tranquilidade para gerenciar pessoas, devido a ter formação para visualizar o global, entender o processo do outro. É multiprofissional, sabe de filosofia, de psicologia. (Amor-perfeito-5)

A importância do conhecimento de outras áreas, de outras práticas profissionais é condição facilitadora do desenvolvimento do cuidado gerencial. Com visão e percepção ampliadas, o enfermeiro supervisiona e conduz as ações com mais propriedade e maior tranquilidade.

[...] Não há no cargo que eu ocupo agora o que eu não domine. Nada que a gente não domine. Talvez a área da odonto possa ser um pouco difícil, mas mesmo assim na situação da meta de população, como a gente detém essa informação, é fácil de a gente traçar o plano. Então, eu não vejo dentro do cargo que eu ocupo alguma coisa que o enfermeiro não possa executar como autoridade. Outros profissionais, como não conhecem principalmente a atividade médica e a atividade da enfermagem, podem ter sim alguma dificuldade, porque a maior parte das atividades é da enfermagem. (Amor-perfeito-2)

O enfermeiro tem a visão do todo, já o médico é restrito às ações curativas e a outros profissionais, então, só conhecem o lado deles, específico da profissão deles. (Amor-perfeito-6)

O profissional enfermeiro tem condições de entender o processo de trabalho de todos os profissionais que atuam com ele. (Amor-perfeito-7)

Outra questão que pode ser um diferencial está relacionada com a capacidade de saber o que os outros profissionais fazem. Então, a gente consegue saber exatamente o processo de trabalho do outro profissional. (Amor-perfeito-8)

Na continuidade do relato do diferencial para o cuidado gerencial, os sujeitos destacam a capacidade de lidar com situações de estresse, com outras situações da área social, com as emergências e uma questão bastante importante, que é a possibilidade de substituir o profissional enfermeiro, quando ele não está presente. Reveste-se de importância essa substituição, quando se considera que a enfermagem é responsável por 50% das atividades realizadas nas USs.

Na realidade, acho que a enfermagem abrange outras particularidades. A gente faz desde a função do assistente social até a do psicólogo. Começou um problema com o paciente, a quem os funcionários vão recorrer? À enfermeira. É a enfermeira que tem a capacidade para acalmar uma situação de estresse da unidade. Organiza, direciona os papéis. Não pode ser enfermeira só de apagar fogo. (Amor-perfeito-5)

Toda emergência eu que atendo. (Amor-perfeito-4)

Quando não tem enfermeira, eu atendo também. (Amor-perfeito-4)

Eu entro para resolver conflitos, como a agenda que extrapolou. Daí eu vou conversar com o médico. (Amor-perfeito-4)

[...] às vezes, ela mudou ou não tem dinheiro para ir à consulta, daí a gente tem que correr atrás, se virar, conseguir os vales-transporte. Ontem mesmo, eu tive que ir atrás de um vale para uma paciente. É um serviço do serviço social também. (Amor-perfeito-5)

O perfil do profissional enfermeiro e a oportunidade ofertada nos cursos de graduação e na prática administrativa tornam o enfermeiro o profissional com maior facilidade para desenvolver atividades gerenciais.

Acho que uma coisa especial é o perfil mesmo, da profissão. Não consigo achar uma palavra que defina. Acho que é o perfil mesmo de enfermeiro. Outros profissionais têm conhecimento, mas não têm perfil. Eu não consigo encontrar a palavra, não tem aquela dedicação, acho que o enfermeiro é formado para isso mesmo, para gerenciar, tocar em frente. Olha, eu fui aprendendo com a prática. Eu tive pouca coisa na faculdade e acho que a faculdade tem que possibilitar o aluno a acompanhar as atividades gerenciais e deixar um pouco de lado o assistencial. A prática é diferente, cada unidade é diferente. A população define as características da US e conseqüentemente as nossas atividades. Então, acho que nós enfermeiros enfrentamos qualquer situação, nós temos jogo de cintura. (Amor-perfeito-2)

Acho que o único profissional hoje que tem formação gerencial é o enfermeiro, outros profissionais não tem esse assunto durante o curso de graduação. Ninguém consegue gerenciar se não tiver noções básicas de gerenciamento, de administração. Temos vivência, porque desde que a gente se forma assume o gerenciamento. Sempre é da nossa alçada gerenciar seja o cuidado ou outras questões gerenciais. Isso não acontece com outros profissionais. (Amor-perfeito-8)

Eu vejo que é a nossa capacidade de supervisão e de organização. (Amor-perfeito-5)

- **Interação com o usuário:**

A prática da enfermagem é uma prática de relações, característica de um processo dinâmico de interações entre as pessoas que necessitam de cuidado e também as que vão desenvolver esse cuidado. Na fala dos profissionais, destaca-se a facilidade que o profissional enfermeiro tem de relacionar, com o usuário do sistema, o ser cuidado e o ser cuidador, que são os funcionários, referenciados como os “clientes internos”.

Olha, eu estou formada há 14 anos, e o grande diferencial é a capacidade que o enfermeiro tem para trabalhar com o usuário. O usuário já vem para a unidade procurando o enfermeiro, ele sabe que pode contar com a gente. Acho que é muito de se preocupar com o todo, de ter compromisso mesmo, de ter responsabilidade. (Amor-perfeito-7)

Nós conhecemos tudo, nós criamos um vínculo com os pacientes, eles sabem que podem contar com a gente, sabem que somos resolutivos. Mesmo que a gente não medique, nós sempre procuramos encaminhar para que se resolva o problema. Assim, o paciente se sente seguro. É a preocupação de resolver. Noto que com outro profissional esse vínculo não acontece tão fortemente. (Amor-perfeito-6)

Eu penso que é ver o paciente total. A gente se preocupa com o que ele come, como está o restante da família. Eu acho que é verificar o que foi feito. Se foi bem feito. Nós temos uma facilidade que é entender da criança ao idoso. Olha, eu não deixo passar nada, eu vou ou eu mando ir atrás para ver o que está acontecendo. Essa paciente que a gente encaminhou para internação, na segunda-feira eu vou atrás dela para saber o que aconteceu. Assim, os pacientes querem que a gente cuide. (Amor-perfeito-4)

O enfermeiro está mais próximo do paciente, acho até que ele se preocupa mais com a comunidade, parece mais humano, então, não é que outros profissionais não possam, eles podem. Não sei, pensando, acho que o atendimento, a capacidade de resolver os problemas da clientela... Talvez esse atendimento que nós damos seja próprio do enfermeiro, só ele realiza. Veja, ontem, eu não consegui fazer quase nada, só atendi os pacientes, eles me procuram, sabem que eu resolvo, eu já sou conhecida. Eles gostam de mim. (Amor-perfeito-3)

[...] o paciente e os funcionários confiam na gente. (Amor-perfeito-4)

[...] eu acho que sou mais ligada ao usuário. (Amor-perfeito-4)

Almeida *et al.* (1994) dizem que a atividade gerencial é um movimento extremamente dinâmico e que se molda na busca da resolução de problemas, e que a gerência é composta das dimensões técnicas, políticas e comunicativas, as quais estão em constantes articulações.

Os sujeitos relatam que a disponibilidade de parar e escutar tanto a queixa como a solicitação pode ser o diferencial que faz com que o desempenho do enfermeiro seja reconhecido. A disponibilidade de escuta é uma característica tão marcante, que Amor-perfeito-4 relata que o usuário acha que o enfermeiro é a Central de Atendimento ao Usuário (CAU). O vínculo criado entre o profissional enfermeiro e o cliente e o conhecimento geral sobre o indivíduo, no seu ciclo

biológico de vida, também são considerados facilitadores do relacionamento enfermeiro-indivíduo-comunidade.

Assim, o cliente sabe que pode contar com o profissional enfermeiro para a resolução de seu problema, pela capacidade dele de interagir no sistema de saúde, resolver questões de encaminhamentos, medicamentos e outras situações, portanto, a resolutividade e a capacidade de interagir podem ser consideradas um importante diferencial.

Eu acho que a gente tem a disponibilidade da escuta, então, sempre, muitas vezes, o que acontece é assim: o paciente tem uma situação, ele roda aqui, roda ali, ele já passou na consulta médica, ele já passou no atendimento com o auxiliar de enfermagem, ele já veio no atendimento administrativo, ele já passou em diversos setores, mas ele não sente a sua situação ser resolvida. Ela pode ter sido encaminhado de forma correta mas ele não sente dessa maneira. Assim, quando a gente se propõe a escutar qual é a necessidade dele, o que ele pensa, qual seria a solução para aquele problema e a gente se debruça para verificar e diz assim 'olha, dentro disso, penso que a solução seria isso'. Baseado nisso, e é isso que eu vou fazer. (Amor-perfeito-1)

A Central de Atendimento ao Usuário (CAU) sou eu. (Amor-perfeito-4)

Nos discursos referentes à unidade de significação **Cuidando para que a equipe tenha as condições de execução do trabalho e gerenciando recursos humanos**, fica evidente que a prática do cuidado gerencial exige que o profissional se preocupe com o entorno onde ocorre o processo de trabalho de outros profissionais, pois ele é o responsável por propiciar que os outros profissionais desenvolvam com tranquilidade as suas práticas. A partir do cotidiano do trabalho da enfermagem, observa-se que muitas atividades são desenvolvidas tendo como enfoque principal o bem-estar e conforto do cliente. É nessa proposta que se desenvolve o cuidado específico de enfermagem voltado para as necessidades e os

desejos de sua clientela. Cuidado é, portanto, um produto que se oferta à clientela (SANTOS e TAVARES, 2000).

[...] é um cuidado com paciente diretamente e um cuidado indireto, quando eu estou azeitando, provendo, facilitando os meios para que os outros profissionais prestem os seus cuidados. Então, nesse sentido, eu acho que estou promovendo o cuidado. (Amor-perfeito-1)

[...] é justamente o que eu estou fazendo agora, sendo autoridade sanitária e gerenciando todos os recursos para que a assistência aconteça. (Amor-perfeito-2)

E outra questão está relacionada à manutenção predial de equipamentos, que é muito importante, pois a função da autoridade sanitária é prover um ambiente adequado para que ocorra o cuidado também com qualidade. Todas as solicitações, desde os medicamentos, insumos e até funcionários, são tudo com a gente. (Amor-perfeito-6)

Existem outras situações que também demandam, que é aquela coisa da miudeza, o computador que estragou, o papel que faltou, o cartucho de tinta que não chegou, a medicação que está em falta para aquelas atividades programadas. São situações que, por mais que você tente manter mais ou menos... Então, são aquelas coisas de cuidado com o ambiente, com os meios para que os outros trabalhadores possam executar o seu trabalho. (Amor-perfeito-1)

Outra função é quanto aos recursos materiais, manutenção do prédio [...] (Amor-perfeito-4)

A manutenção da unidade é com a gente também. Eu demorei a conseguir as prateleiras do almoxarifado, que agora eu consegui, telhas de eternite. Uma troca de fechadura, lâmpadas. Pequenas coisas a gente consegue. Além da prefeitura, a gente agora pode solicitar para a Associação Comunitária do Bairro Novo. (Amor-perfeito-5)

As questões de solicitação de material e manutenção da unidade são todas nossas. (Amor-perfeito-7)

A manutenção e solicitação de material é com a gente. (Amor-perfeito-8)

O cuidado relacionado às condições para a execução do trabalho também passa pelas questões de recursos humanos. Os discursos mostram que há gerenciamento direto e indireto de recursos humanos por parte da autoridade sanitária.

A parte operacional de condução da equipe integrante do PSF é de responsabilidade do enfermeiro coordenador do grupo e gerenciador do cuidado, mas, na função de autoridade sanitária, o enfermeiro sempre a está conduzindo, da melhor forma, para que não haja conflitos com a equipe de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), de auxiliares e também com outros profissionais.

[...] comando indiretamente as equipes de PSF, porque quem é o responsável direto é a enfermeira coordenadora do grupo. (Amor-perfeito-6)

A questão relação de trabalho, assiduidade dos funcionários... muitas vezes, temos problemas de relacionamento, então, quem resolve é a autoridade sanitária. (Amor-perfeito-7)

Tudo o que se refere a frequência, férias, avaliação do IDQ, reuniões de avaliação e toda a gama de problemas de relacionamento e interação é de responsabilidade da autoridade sanitária. As dificuldades apontadas estão justamente em gerenciar a prática médica. Os entrevistados relatam que ainda é muito difícil o profissional médico aceitar receber ordens de uma enfermeira.

O distrito sanitário, segundo vários autores, é o espaço que possibilita o exercício do poder, mas um poder diferente, democratizado e compartilhado por cada elemento constitutivo desse espaço. Para tanto, é necessário que cada um se sinta sujeito nesse contexto, participe das decisões e da condução das ações propostas em conjunto.

[...] a função da autoridade sanitária é a coordenação geral da equipe como um todo, que engloba a parte administrativa, como frequência, férias, enfim, todas as questões de recursos humanos, digamos assim, e a questão da coordenação da assistência como um todo, que é a parte mais difícil, estar coordenando a questão médica, não tecnicamente. (Amor-perfeito-8)

[...] desde as escalas de funcionários, coordenação de reuniões de avaliação com as equipes, avalio os funcionários para o IDQ. (Amor-perfeito-6)

Ainda é muito difícil que o médico acate ordens da enfermeira. (Amor-perfeito-5)

[...] a avaliação do IDQ, e hoje a gente já têm planilhas diferenciadas que dão uma noção de se a gente está perdendo alguma coisa. Essa avaliação, que é por produtividade, é realizada trimestralmente e é em cima de metas mesmo. O profissional que não se interessa pela área de abrangência tem um IDQ reduzido. (Amor-perfeito-7)

O IDQ é o que dá maior trabalho. (Amor-perfeito-8)

É na função gerencial que o enfermeiro precisa deter conhecimentos e competências de relacionamento humano, de comunicação, e ter competência de articulação política o suficiente para conduzir a equipe ao alcance dos objetivos e das metas pactuadas, sem gerar conflitos.

[...] e gerenciar seres humanos é você ter contato adequado tanto com médico como também com o pessoal auxiliar de serviços gerais. São pessoas totalmente diferentes uma da outra, e fazer com que a outra pessoa aceite as ordens que você dá é muito difícil. (Amor-perfeito-5)

[...] acompanhamento dos agentes comunitários, treinamento em serviço. (Amor-perfeito-7)

Em vários momentos, por ocasião das entrevistas, houve a oportunidade de observar a relação entre outros profissionais da equipe e a autoridade sanitária. Essa relação pareceu sempre de muito respeito. Houve momentos em que eles prestavam contas do que estavam realizando ou realizaram e, outras vezes, solicitavam opinião quanto a procedimentos e, principalmente, relacionadas a encaminhamentos de pacientes. Percebe-se que a autoridade sanitária é a pessoa de referência para a resolução dos mais variados tipos de problemas, é o ponto de apoio para toda equipe e também para a comunidade, que vê no profissional a possibilidade de ajuda.

A questão da coordenação da equipe da enfermagem [...] Tem também a questão do ACS. Periodicamente, a gente tem que saber o que está acontecendo e intervindo também. Eu sinto que a autoridade sanitária é o ponto de apoio para eles, até demais, às vezes. (Amor-perfeito-8)

Também, o plano pactuado é indicativo para o quantitativo necessário de recursos humanos, e o quantitativo e qualitativo de recursos humanos disponíveis é um indicador para readequar o plano pactuado.

E aí tem que readequar também o plano, em função dos recursos humanos. (Amor-perfeito-3)

Cada equipe tem autonomia de decidir como operacionalizar o seu atendimento, desde que procure cumprir as metas estimadas no plano. (Amor-perfeito-5)

Na unidade de contexto O ENFERMEIRO NA GERÊNCIA DO CUIDADO NA UNIDADE DE SAÚDE: AS DIFERENTES INTERFACES e na unidade de significado **gerenciando o cuidado para o alcance das metas utilizando SIS** foi possível apreender, a partir dos discursos, que o enfermeiro, na gerência do cuidado e diante da complexidade da realidade cotidiana na unidade de saúde, depara-se com diferentes variáveis que estão inter-relacionadas ao alcance de metas propostas no plano operacional delineado a partir do perfil epidemiológico da área de abrangência. Os discursos revelam, ainda, que a prática da gerência do cuidado exige atenção do enfermeiro para todas as ações desenvolvidas nos variados programas, promove a readequação dos recursos humanos e mensuração das atividades realizadas, para o efetivo cumprimento do plano operacional da unidade.

Para o desenvolvimento das atividades pactuadas no plano, o enfermeiro utiliza o Sistema de Informação em Saúde, que retrata o movimento, o andamento do que foi planejado, facilitando o acompanhamento e a avaliação.

O plano operacional torna-se um instrumento para a gerência do cuidado do enfermeiro, pois nele delineiam-se as metas construídas por todos os integrantes da equipe de saúde, a fim de visualizar com maior precisão as ações desenvolvidas nos diversos programas. O plano operacional, na visão do enfermeiro, é um instrumento que mostra o que deve ser realizado, o que necessita ser modificado, o que está de acordo com as necessidades, o que melhorou e no que ainda é preciso empreender esforços para alcançar a meta projetada. É um instrumento que facilita o acompanhamento e a avaliação.

A complexidade da realidade com que a gente lida é tão grande, que a gente faz uma pergunta e, às vezes, essa pergunta é respondida, é uma pergunta que envolve muitas variáveis ao mesmo tempo, não há SIS que dê conta disto. (Amor-perfeito-1)

[...] o plano operacional, agora que a gente está trabalhando com metas, é construído com os funcionários e de uma maneira geral com todos os funcionários, do médico ao agente comunitário de saúde na unidade de saúde. E a gente tem que fazê-los entender, por que eles estão correndo atrás desta meta e por que a gente está correndo atrás dessa meta e do objetivo da unidade. A meta é toda baseada no perfil epidemiológico que é realizado com a participação do médico e do enfermeiro. (Amor-perfeito-2)

[...] o maior problema do plano operacional não é você elaborar o plano, é colocá-lo em prática, é fazer cumprir o plano operacional [...] Olha gente, nós inscrevemos menos gestantes do que o previsto, o que esta acontecendo? [...] A gente melhorou o planejamento familiar ou a gente não captou essa gestante? Então, se leva para discussão no grupo, para que a gente veja no que nós estamos falhando [...] ou se de repente o plano não está de acordo com a necessidade ou a epidemiologia da unidade. (Amor-perfeito-2)

A partir do discurso desse enfermeiro, nota-se que a utilização do sistema de informação na gerência do cuidado fornece condições de acompanhar tudo o que está acontecendo. O 'acontecendo' demonstra a continuidade, o movimento, a ação em ação, os resultados. Todo o esforço na gerência do cuidado é para fazer acontecer, sendo o sujeito dessa prática profissional o usuário.

Ele contribui fornecendo os dados. Eu não detenho controle de tudo o que está acontecendo, não tenho condições de acompanhar tudo o que está acontecendo, mas, pelo SIS, tenho condições de puxar tudo o que está acontecendo. Saber quantas consultas foram realizadas, quantos medicamentos foram dispensados, quantos estão inscritos em determinados programas. (Amor-perfeito-2)

O Sistema de Informação em Saúde fornece visibilidade do cuidado prestado no pré-natal, de imunizações, puericultura, número de consultas, patologias e intercorrências mais freqüentes, exames realizados, dentre outras ações ou programas, facilitando a avaliação da qualidade e quantidade do agir profissional. Fica evidente a importância do Plano Pactuado, pois, nesse aspecto, ele passa a ser o referencial e os índices pactuados são os indicadores que possibilitam o acompanhamento.

O Programa de Detecção Precoce do Câncer de Colo Uterino, apesar de ter um sistema de informação próprio (SISCOLO), foi concebido de tal forma que as informações geradas somente podem ser acessadas no nível central da Secretaria Municipal de Saúde e a partir do envio do arquivo pelo laboratório de patologia que realizou a leitura das lâminas, pois a base do sistema, ou seja, onde ele começa a ser alimentado, é gerada no laboratório, que realiza o cadastro da usuária e depois registra o resultado, e não na unidade de saúde.

Pelo sistema, também eu acompanho o atendimento no pré-natal e o programa preventivo. Do Mãe Curitibana é mais fácil. Do preventivo não há disponibilidade de dados no sistema, é preciso checar no relatório de atendimento e acompanhar os exames recebidos e realizados. Todos esses dados têm que bater com o plano pactuado. (Amor-perfeito-3)

[...] em vários momentos, aliás, sempre, nas avaliações dos programas, como agora, para a avaliação do Índice de Desenvolvimento da Qualidade (IDQ), você precisa de dado, para avaliar as agentes comunitárias, você precisa de dado, para ver cobertura vacinal, para acompanhar o atendimento dos pacientes, você precisa também. (Amor-perfeito-4)

O enfermeiro percebe-se seguro na gerência do cuidado, pois, imbuído de sua responsabilidade, direciona, coordena, opina, redireciona o plano de atenção, diante de cada nível de complexidade estabelecido. Gerenciar o cuidado torna-se fácil, utilizando-se o plano operacional e acompanhando-o pelo SIS, porém, o enfermeiro aponta como tarefa difícil pôr o plano em prática, para então abstrair os resultados de produtividade e obter a validação do que foi planejado.

Acompanho também os programas. Apesar de o direcionamento dos programas ser da responsabilidade da enfermeira coordenadora da equipe do PSF, eu sempre estou por dentro, para poder opinar e redirecionar. (Amor-perfeito-5)

O mais difícil é manter a produtividade, ou seja, cumprir o que foi determinado, pactuado para a US realizar. (Amor-perfeito-5)

Gerenciar, hoje em dia, é muito mais fácil, porque eu conto com todas as informações que o SIAB e o prontuário eletrônico têm e eu cruzo essas informações, para verificar se é possível realizar. (Amor-perfeito-6)

A outra questão em que o SIS me auxilia, e muito, é no redirecionamento ou na alteração das metas das metas pactuadas. (Amor-perfeito-5)

O enfermeiro enfatiza que, para a gerência do cuidado, é fundamental ele basear-se no sistema de informação, cujos dados são analisados, então, reflete-se sobre o resultado, para dar o reencaminhamento aos programas, programar o consumo de insumos e medicamentos e também para identificar áreas de risco.

Tem que dominar os dados de uma forma mais abrangente, também, para poder desenvolver todas as atividades necessárias. (Amor-perfeito-6)

O SIAB é o sistema que a gente mais utiliza para checar o andamento dos programas. Olha, hoje, a gente não toma nenhuma atitude com a clientela sem saber o que está acontecendo, sem verificar os dados fornecidos pelo sistema. (Amor-perfeito-6)

Não há gerenciamento sem SIS. Até para solicitar medicamentos e materiais você tem que recorrer ao SIS. Emitir todos os relatórios, sem o SIS, seria impossível. Para o direcionamento dos programas, você precisa do SIS. Nós o utilizamos também para demarcar as áreas de risco. (Amor-perfeito-7)

Realizo também o plano operativo, que é realizado anualmente, com metas estimadas, com a participação de todos, inclusive, com a comunidade. As metas podem ser renegociadas, conforme as intercorrências. Por exemplo, agora, eu estou sem auxiliar de consultório dentário, por um processo de remoção. Assim, nós temos condições de renegociar, senão a gente não tem como atingir. Esse novo planejamento é mais claro, ele possibilita que haja acompanhamento. Você realmente sabe que está fazendo o plano. (Amor-perfeito-8)

Assim, a gerência do cuidado pode ser considerada a atuação do enfermeiro, diante da complexidade da realidade da unidade de saúde e de sua área de abrangência, a qual exige dedicação, atenção, julgamento clínico, habilidade de comunicação e inter-relações. Todas as atividades da unidade de saúde estão ligadas ao plano operacional elaborado anualmente, coletivamente e mediante um processo reflexivo de todos os membros da equipe de saúde, a partir de informações epidemiológicas e necessidades locais. Para que esse plano se estabeleça, é necessário elaborá-lo, colocá-lo em prática e acompanhá-lo trimestralmente, procurando sempre cumpri-lo.

O enfermeiro, na gerência do cuidado, direciona, conduz, orienta, valida, mensura, avalia, corrige, investiga, reflete, repactua com a equipe as possibilidades e limitações do agir profissional, tendo sempre, como direcionador, o plano pactuado e, como ferramenta de acompanhamento, o SIS.

Na gerência do cuidado, o enfermeiro domina os dados de forma abrangente, permitindo que a tomada de decisão esteja sempre baseada no direcionamento que o sistema de informação aponta e na satisfação individual do usuário. O enfermeiro, na gerência do cuidado, desempenha o papel de negociador, mediador, entre o problema detectado e a solução desejada, conforme a intercorrência.

Os discursos revelam a prática de planejamento, de acompanhamento e de avaliação. Nesse sentido, os relatórios de produtividade do Programa de Saúde da Família fornecem subsídios para o relatório do índice de desenvolvimento da qualidade (IDQ), o qual é um instrumento que avalia individualmente o funcionário e depende dos índices de produtividade, principalmente ligados ao PSF e ao Plano Pactuado.

O plano operativo exige, de três em três meses, a gente tem que fechar o relatório do plano operacional, e aí nós precisamos de todos esses dados. (Amor-perfeito-4)

O programa de preventivo também [...] depois da avaliação, nós tivemos que intensificar a cobertura. Dois sábados, nós estamos realizando o preventivo. Os ACSs foram na casa e marcaram, se elas não vierem, nós vamos atrás novamente. (Amor-perfeito-4)

Eu tenho que fazer de seis em seis meses o IDQ e o PSF, que são avaliações que se completam. Então, eu tenho a impressão de que se juntar os dois vai facilitar muito. (Amor-perfeito-5)

Na unidade de significação **Conhecendo o processo de trabalho institucional e do outro profissional: habilidade que exige competência do enfermeiro na gerência do cuidado**, evidencia-se que o enfermeiro, na função de autoridade sanitária, realizando o gerenciamento do cuidado, precisa conhecer muito bem a instituição – neste contexto, a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba – e também conhecer como acontece o processo de trabalho dos outros profissionais componentes da equipe de saúde.

Tanto na prática do gerenciamento do cuidado como no cuidado gerencial, muitas vezes, as soluções apresentam-se em outros cenários, em outros níveis de atenção. Então, é necessário que o enfermeiro conheça todos os setores político-assistenciais do município e transite por eles.

[...] mas, mais importante do que entrar no sistema informatizado é conhecer o processo de trabalho do outro. Eu acho que isso é uma habilidade e que a gente aprende a trabalhar com o outro. Então, se a gente vai trabalhar com o outro, eu tenho que conhecer o outro. Eu acho que a saúde coletiva é um exercício fenomenal para aprender a trabalhar com o outro. Só que daí eu tenho que conhecer o trabalho do outro, não no sentido de me apropriar do trabalho do outro, mas no sentido de contribuir. (Amor-perfeito-1)

Outra coisa que contribui para isso é a gente conhecer a estrutura do serviço onde a gente está inserido. Quando você conhece a estrutura do serviço onde você está inserido, você consegue vislumbrar soluções que estão muito além de onde você está e diante dos recursos que você vê disponíveis naquele momento. (Amor-perfeito-1)

A visão do todo não é somente necessária e contribui para o acompanhamento do movimento que a unidade de saúde realiza, mas é fundamental principalmente para a interação entre o gerente e a equipe de saúde, dos ACSs até a equipe médica e de odontólogos. Conhecer a prática de outras profissões integrantes da equipe de saúde é fundamental para que o cuidado gerencial ocorra. Por essa competência, o gerente transita com certa facilidade em outras práticas, interage e soluciona problemas.

[...] e a outra questão é enxergar a unidade como um todo, desde o processo de trabalho, pensando: onde eu quero chegar? (Amor-perfeito-1)

Tenho que ter uma visão do todo, de todas as equipes que atuam nas unidades, de todos os profissionais, desde o médico, dentista até o ACS. (Amor-perfeito-6)

Outra coisa é que eu me sinto com competência em opinar no trabalho de todos, mas eu penso que todos não têm capacidade de opinar no meu trabalho. Então, eu entro com muita tranquilidade em uma consulta médica, num atendimento odontológico, num atendimento da enfermagem, num atendimento administrativo, no trabalho dos serviços gerais, em quem está gerenciando o estoque, em quem está marcando uma consulta, eu entro em todos os sistemas da unidade informatizados. (Amor-perfeito-1)

Rezende e Abreu (2000) consideram que essa visão sistêmica pode ser considerada uma atividade de gestão mais contemporânea e que é importante que o gerente olhe a empresa inteira, como se a estivesse olhando de cima para baixo.

Da unidade de contexto A INTERSEÇÃO DO CUIDADO GERENCIAL E GERÊNCIA DO CUIDADO: CONSTRUINDO CONCEITOS, na unidade de significação **Percebendo a apropriação conceitual pelo enfermeiro**, é possível apreender que as percepções dos entrevistados embasam-se no cotidiano da prática profissional e no desempenho da função de autoridade sanitária. Revela-se proximidade muito grande entre o cuidado gerencial e a gerência do cuidado, numa fronteira extremamente delgada, desvendada pela abrangência da visão, do domínio do todo, do cuidado e da responsabilidade. Observa-se que as etapas de administração, planejamento, organização, acompanhamento e avaliação estão presentes no cuidado gerencial e na gerência do cuidado, sendo o mesmo objeto da prática cuidativa: o usuário, o cliente e a comunidade.

Parece-me que o cuidado gerencial demanda muito mais responsabilidade, mas gerenciamento é sempre gerenciamento, envolve planejamento, organização e avaliação, e como eu disse o cuidado gerencial me parece mais abrangente. Talvez seja o papel que eu estou desempenhando como autoridade sanitária, requerer maior responsabilidade e compreensão do todo. (Amor-perfeito-6)

Não vejo diferença, ou melhor, a diferença está somente na abrangência desse cuidado. O objetivo é o mesmo: atender da melhor maneira possível o usuário. No cuidado gerencial, todo o meu cuidado está voltado para a visão macro de cuidado. Deixa eu pensar melhor, é isso sim, todas as ações gerenciais voltadas para o cuidado. E o outro, o gerenciamento do cuidado, é quando o gerenciamento é voltado para um cliente ou um grupo de clientes, dentro de um problema específico. Acho que é isso. (Amor-perfeito-8)

Para mim, o cuidado gerencial é aquele que já vem determinado em função do seu cargo, ele pode ser exercido por outro profissional. Já o gerenciamento do cuidado é aquele que você vai gerenciando conforme aparecem os problemas. Parece ser mais própria do enfermeiro a condução da equipe para o cuidado direto com o usuário. E o cuidado gerencial é voltado mais para uma visão mais macro. (Amor-perfeito-7)

Pelo entendimento que eu tive, o cuidado gerencial me mostra mais aquela questão assim que eu tenho que ter cuidado mais com os dados, com a produtividade e o que eu não posso deixar de lado. Isto é muito da enfermeira, o cuidado humano, que é o cuidado da qualidade. Fazer com que você tenha uma unidade que atinja os critérios, os valores, as porcentagens, que são pactuados com o município [...]. Acho que é não perder a qualidade, mesmo tendo que ter uma visão da produtividade, e isso nós enfermeiros fazemos. (Amor-perfeito-5)

[...] Gerenciamento do cuidado, eu acredito, é você verificar se os cuidados estão sendo realizados adequadamente com aquele determinado usuário. E cuidado gerencial seria mais relacionado ao cuidado do prédio, quantidade disso e daquilo, de materiais. Não está tão ligado ao usuário. Eu acho que sou mais ligada ao usuário. (Amor-perfeito-4)

Para mim, é a mesma coisa. Na função em que eu estou agora, eu só gerencio, o cuidado, a unidade, os outros profissionais! (Amor-perfeito-3)

Eu considero que o que eu faço é cuidado. Gerência do cuidado é justamente o que eu estou fazendo agora, sendo autoridade sanitária e gerenciando todos os recursos para que a assistência aconteça. Um dia, eu quero ser gestora de saúde. Ainda não sou, então, eu acho que cuidado gerencial é o gestor quem faz, é algo maior. Na realidade, eu não tenho bem certeza, tenho que pensar melhor. É complicado. De início parece serem iguais, mas se a gente filosofar um pouquinho, acha mesmo que é diferente. (Amor-perfeito-2)

Agora você 'matou', gerência do cuidado, acho que... [pergunta da pesquisadora: Você considera que o que faz é cuidado?] Considero, porque é um cuidado com paciente diretamente e um cuidado indireto, quando eu estou azeitando, provendo facilitando os meios para que os outros profissionais prestem os seus cuidados. Então, nesse sentido, eu acho que estou promovendo o cuidado. Cuidado gerencial é assim, se eu estou fazendo a gerência do cuidado [...] se eu pensar o cuidado como foco da enfermeira. Considero que é o cuidar do outro profissionalmente e de todos os profissionais. Não tenho tanta profundidade para diferenciar a gerência do cuidado e cuidado gerencial, para mim, são iguais. Acho que o cuidado humano não é só da enfermagem, o cuidado que envolve compromisso, é ético e tem envolvimento, é um cuidado profissional e, na minha prática diária, sob essa perspectiva, todos os profissionais cuidam. (Amor-perfeito-1)

É possível perceber pelos discursos que o enfermeiro relata dificuldade em situar a diferença conceitual entre o cuidado gerencial e a gerência do cuidado, por considerar a distinção muito tênue, próxima, difícil de ser explicitada. Porém, nota-se que a dificuldade situa-se na formulação conceitual, mas estas duas modalidades de cuidado é perceptível na sua prática de cuidado.

O cuidado gerencial, portanto, acontece quando o profissional enfermeiro, na sua prática de cuidado, desempenha uma função gerencial, principalmente na área da saúde coletiva, e quando todas as suas ações estão voltadas para a coletividade. Nessa ação, ele agrega conhecimentos de várias áreas e usa vários instrumentos, sendo um deles a gerência do cuidado, e utiliza a percepção do todo para acompanhar o movimento da área de abrangência. Ainda, o enfermeiro prioriza a condução do processo cuidativo pela equipe de saúde e para a clientela residente na sua área de abrangência.

Cuidado gerencial é uma qualificação dada ao cuidado, como acontece com o cuidado solidário, cuidado transicional, dentre outros. Especifica-se o cuidado concedendo-lhe um direcionamento que é o gerencial. Ele pode ser desenvolvido por outras categorias profissionais, mas tem sido reconhecido, com mais propriedade, quando é desenvolvido pelo profissional enfermeiro. Dyniewicz (2003) considera que o reconhecimento ao trabalho do profissional enfermeiro pode estar na capacidade desse profissional de entender o outro e o seu mundo, como se estivesse dentro dele.

O cuidado gerencial demanda maior responsabilidade, é mais abrangente e requer a compreensão do todo, ou seja, está voltado à visão macro do cuidado sem descuidar da qualidade e tem como foco o usuário.

A gerência do cuidado é uma atividade ou ação realizada para se alcançar algo predeterminado, pontual, dentro de um programa específico ou ainda específico da prática profissional em saúde. O enfermeiro delega a outros profissionais de saúde as ações de cuidado que detectou como prioritárias para o cumprimento das metas estimadas no plano operacional da unidade de saúde.

A gerência do cuidado dirige-se a um cliente, a um grupo de clientes, dentro de um problema específico. A gerência do cuidado ocorre à medida que os problemas aparecem e, quando exercida por enfermeiro, alia o enfoque instrumental de qualidade e produtividade ao enfoque expressivo de humanismo, proximidade, envolvimento e ética.

A gerência do cuidado exige sensibilidade, estar atento a todas as intercorrências técnicas e humanas, aos recursos disponíveis e ao alcance das metas pactuadas pelo gestor no plano operacional.

Gerir o cuidado exige do enfermeiro habilidade para dominar a execução do cuidado gerencial, visualizar as possibilidades de melhor aplicação desse cuidado em um contexto ou uma situação específica. Somente o enfermeiro tem essa capacidade de aglutinar o todo e gerir o cuidado direcionado às partes.

Com base nisso, percebe-se, sobre o movimento das ações gerenciais, quando realizadas pelo profissional enfermeiro na saúde coletiva, um primeiro movimento, que é realizado por um nível de gerência caracterizado como atividade meio (cuidado gerencial) e outro nível caracterizado como atividade fim, que é a gerência do cuidado.

Para Ayres (2001, p.12) “cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele [...] A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude cuidadora precisa se

expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde”.

A partir da análise dos discursos realizada, surgiu o modelo conceitual em que se delinea a interseção do cuidado gerencial e gerência do cuidado (Figura 1).

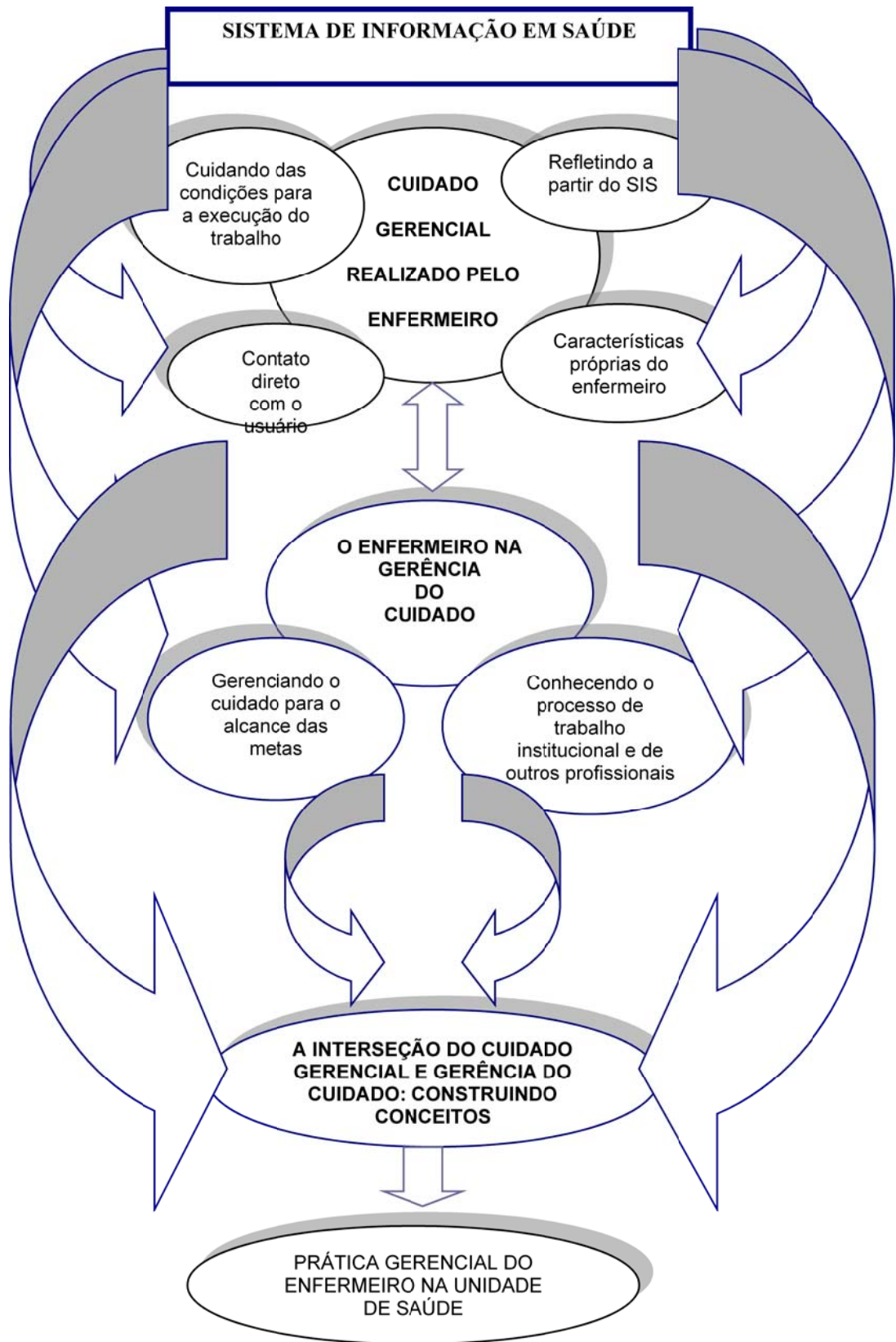


Figura 1 – MODELO CONCEITUAL: Interseção cuidado gerencial e gerência do cuidado
 Elaboração: PETERLINI e ZAGONEL, 2004.

7 IDÉIAS CONCLUSIVAS

Neste final de caminhada, aflora um misto de sensações. É o contentamento inerente à vitória e ao dever cumprido. É a tristeza por saber que é uma etapa em minha vida que não voltará mais. Nesse turbilhão sentimental, a impressão é de que estou recomeçando, a vontade é de começar e fazer melhor, entretanto, o momento é de resgatar as inquietações iniciais e os objetivos que originaram esta pesquisa.

As inquietações referem-se sobretudo às funções gerenciais que o profissional enfermeiro tem assumido, primeiro, gerenciando os programas de saúde e, em segundo lugar, dada a municipalização e frente à descentralização das ações de saúde, gerenciando as unidades de saúde. Também, elas referem-se, no desenvolvimento dessas ações gerenciais, independentemente do local e do objetivo, à forma como se dá a utilização pelo enfermeiro do Sistema de Informação em Saúde como instrumento para a condução do cuidado.

Dos depoimentos dos enfermeiros na função de autoridade sanitária emergiram dois 'movimentos' com características gerenciais na ação de cuidado realizada, tendo sempre como referência o Sistema de Informação em Saúde. O movimento de maior abrangência refere-se às ações gerenciais executadas pelo enfermeiro no comando da unidade de saúde e que tem as ações voltadas para a comunidade daquela área de abrangência. O segundo movimento deve-se também a ações gerenciais focadas em uma parcela da população e refere-se à condução de um programa de saúde específico. Ambos os movimentos são dependentes das informações fornecidas pelo SIS, e estão demonstrados no modelo conceitual delineado.

Foi possível identificar esses dois movimentos no cotidiano da prática profissional do enfermeiro e no desempenho da função de autoridade sanitária, sendo o cuidado mais amplo e de maior abrangência denominado **cuidado gerencial**. Esse cuidado acontece quando o profissional enfermeiro, na sua prática de cuidado, principalmente na área da saúde coletiva, desenvolve ações gerenciais voltadas para a coletividade. Nessa atividade, o enfermeiro participa do Conselho Local de Saúde e, portanto, necessita agregar conhecimentos de várias áreas e utilizar vários instrumentos, sendo um deles a gerência do cuidado, e recorrer à percepção do todo e do específico para acompanhar o movimento realizado pela US na sua abrangência territorial.

Para facilitar ao leitor o entendimento disso, a Figura 2 explicita a apreensão da dimensão conceitual entre o cuidado gerencial e a gerência do cuidado na interface da utilização do Sistema de Informação em Saúde.

MOVIMENTO DA PRÁTICA GERENCIAL DO ENFERMEIRO EM UNIDADES DE SAÚDE

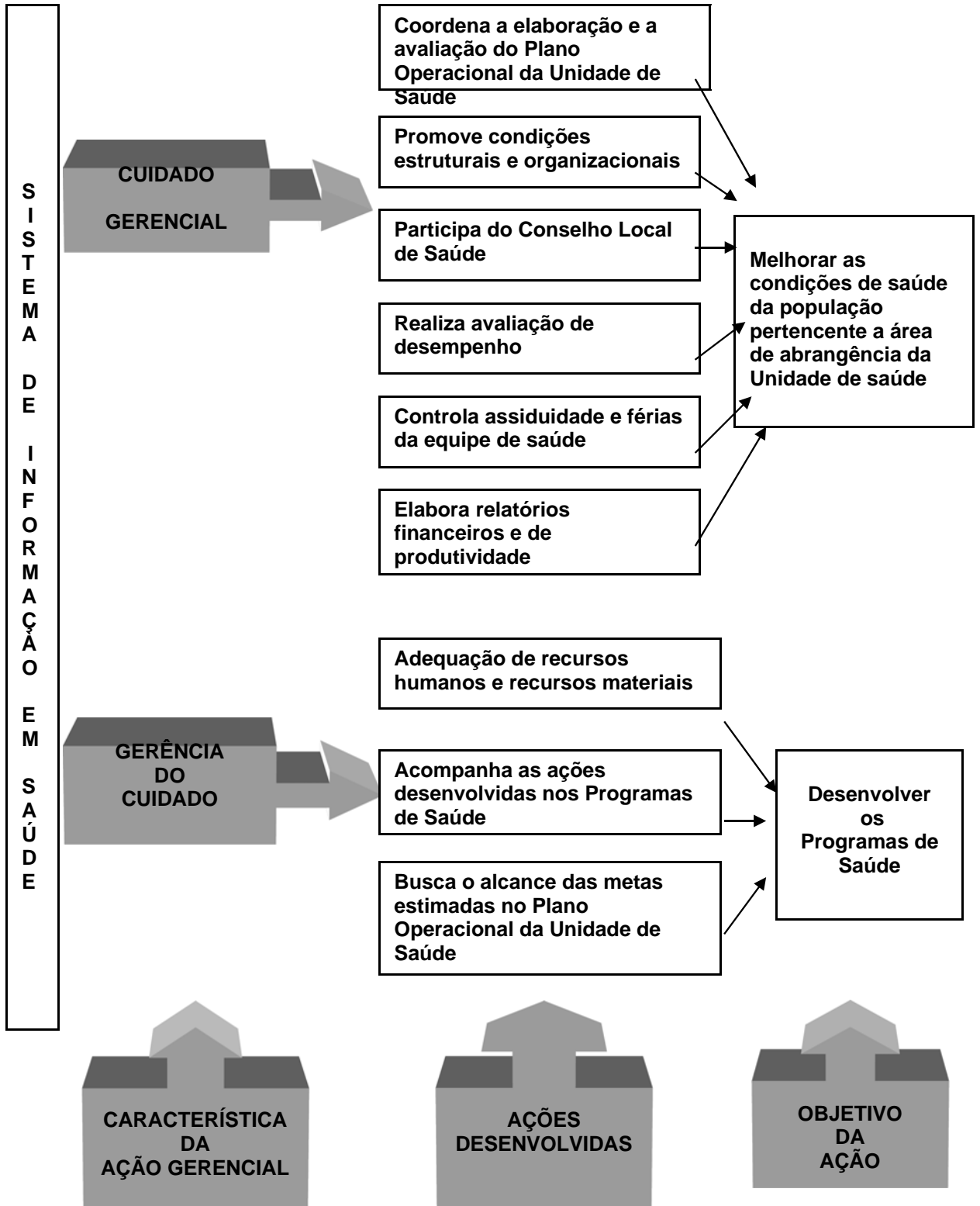


Figura 2 – Representação do movimento da prática gerencial do enfermeiro em unidades de saúde
 Elaboração: PETERLINI, 2004.

A **gerência do cuidado** foi identificada no segundo movimento e é caracterizada por um conjunto de ações voltadas para o alcance de algo predeterminado, pontual, dentro de um programa específico e direcionado para uma clientela específica. O gerenciamento do cuidado, diferentemente do cuidado gerencial, permite que o enfermeiro delegue a outros profissionais de saúde as ações de cuidado que detectou como prioritárias.

Existe proximidade muito grande entre o cuidado gerencial e a gerência do cuidado. Os componentes planejamento, organização, acompanhamento e avaliação da administração estão presentes em ambos, e ambos realizam a prática cuidativa, tendo por objeto o ser humano.

A **gerência do cuidado** exige sensibilidade, atenção e acompanhamento dos recursos humanos e materiais, para que o cuidado ocorra sempre em busca das metas pactuadas no plano operacional da US.

Desse modo, a **gerência do cuidado** pode ser considerada a atuação do enfermeiro diante da complexidade da realidade da unidade de saúde e de sua área de abrangência e exige dedicação, atenção, julgamento clínico, habilidade de comunicação e de inter-relações.

Na prática do **cuidado gerencial**, o profissional deve prover as condições estruturais e organizacionais para que a prática de outros profissionais ocorra com tranqüilidade. Nela, ele realiza também todas as questões burocráticas inerentes ao cargo de gerente, como: freqüência, férias, avaliação do IDQ, elaboração de relatórios de produtividade e financeiro.

Na **gerência do cuidado**, o enfermeiro desempenha papel de negociador, mediador, entre o problema detectado e a solução desejada, conforme as intercorrências, o que exige sua atenção no acompanhamento das ações

desenvolvidas nos variados programas. Ele também promove a readequação dos recursos humanos, de materiais e de insumos, para o efetivo cumprimento do plano operacional da unidade.

Para o desenvolvimento do **cuidado gerencial** e para o **gerenciamento do cuidado**, o enfermeiro necessita de informações provenientes do Sistema de Informação em Saúde (SIS), que são informações clínicas, informações epidemiológicas e informações gerenciais. Ele precisa ter informações que lhe dêem segurança e, na posição de autoridade sanitária, precisa também transmitir segurança. As informações propiciam um processo reflexivo para o todo e para o específico, e esse processo necessita de análise e gera conhecimento, que é condição fundamental para o gerenciamento, para a tomada de decisão e para o direcionamento das ações.

Para as soluções muitas vezes necessárias na prática do **cuidado gerencial e de gerenciamento do cuidado**, o profissional enfermeiro deve ter a capacidade de articular-se com outros setores políticos do município e também com outros níveis de atenção.

O enfermeiro, na função de autoridade sanitária, é o profissional da equipe reconhecido pelos usuários como referência na unidade de saúde. Ele é procurado para solucionar vários problemas relacionados aos encaminhamentos para outros níveis de atenção à saúde, aquisição de medicamentos, realização de procedimentos e reclamações, sendo necessário que ele tenha uma visão ampliada do sistema de saúde e do fluxo administrativo institucional.

Como representante do poder público no Conselho Local de Saúde, o enfermeiro desenvolve um papel político importante, com a responsabilidade de

conduzir o processo que define as questões de saúde de uma comunidade, e conseqüentemente de conduzir as questões de saúde daquela comunidade.

No contexto da gerência contemporânea, o enfermeiro na função gerencial necessita ter conhecimento suficiente das ciências da administração, das ciências humanas, como a sociologia, antropologia, das ciências da comunicação e ciências políticas, para o desenvolvimento de competências gerenciais, de interação de articulação política, de comunicação, para conduzir a equipe de saúde no alcance dos objetivos e metas pactuadas sem a geração de conflitos. Precisa ainda ter habilidade técnica, pois, como autoridade sanitária, o enfermeiro é requisitado constantemente para intervir em processos clínicos.

O enfermeiro, na **ação gerencial**, enfrenta a complexidade cotidiana do sistema social e precisa ter competência e habilidade para direcionar, conduzir, avaliar, mensurar, investigar, refletir e decidir no que tange a ações, atividades e procedimentos de saúde, e, ainda, junto com a equipe, repactuar as possibilidades e limitações do agir profissional, direcionando-se sempre pelo plano pactuado e tendo como ferramenta de acompanhamento o SIS.

O **SIS** é um instrumento fundamental para o desenvolvimento das diversas atividades do cotidiano da prática profissional do enfermeiro como autoridade sanitária, e as informações geradas são utilizadas tanto para o cuidado gerencial como para o gerenciamento do cuidado. No cuidado gerencial, utilizam-se tanto as informações gerenciais quanto as epidemiológicas e clínicas. No gerenciamento do cuidado, o foco de interesse concentra-se nas informações epidemiológicas e gerenciais, pois os dados fornecidos por esse sistema permitem o acompanhamento das metas pactuadas no plano da unidade.

O **Sistema de Informação em Saúde** fornece para o gerente ora a imagem do movimento realizado pela US e do seu entorno, ora do andamento do que foi planejado, esperado, portanto, facilita as ações de acompanhamento e avaliação. Também, possibilita visibilidade do cuidado prestado no pré-natal, em imunizações, puericultura, do número de consultas, patologias e intercorrências mais freqüentes, exames realizados, dentre outras ações ou programas, facilitando a avaliação da qualidade e quantidade do agir profissional.

As informações geradas pelo **SIS** são utilizadas na elaboração do Plano Operacional da US, na justificativa da solicitação de insumos e medicamentos, para ações de acompanhamento e avaliação dos programas e da US; na elaboração de relatórios gerenciais e financeiros; na identificação da população de risco, para o redirecionamento das ações; e na tomada de decisão.

O **plano operacional** é o documento guia para as USs e, quando comparado com as informações fornecidas pelos diversos **SISs**, é um instrumento utilizado pelo gerente para acompanhar as ações desenvolvidas nos diversos programas, posto que o plano mostra o que deve ser realizado, o que necessita ser modificado, o que está de acordo com as necessidades, o que melhorou e no que ainda é preciso empreender esforços para alcançar a meta projetada.

Nas ações de acompanhamento e avaliação, torna-se necessário, além de olhar para os números fornecidos pelo **SIS**, olhar também além dos números, enxergar por diferentes e diversos olhares, descortinar o cenário e assim analisar os resultados. Somente assim, com maior propriedade, podem-se propor novas ações e redirecionamento das ações.

Tanto a **gerência do cuidado** como o **cuidado gerencial**, quando exercidos pelo profissional enfermeiro, tomam uma conformidade especial, com misto de arte,

de visão, de produtividade, humanismo, proximidade, disponibilidade e de compromisso ético, tornando, portanto, possível o fazer acontecer.

Na procura de um diferencial, de uma singularidade do profissional enfermeiro na ação gerencial, apreendem-se:

- O conhecimento de outras áreas e das práticas de outros profissionais é uma condição facilitadora, pois, com visão e percepção ampliadas, o enfermeiro supervisiona e conduz as ações com mais propriedade e maior tranquilidade;

- O perfil do profissional traçado pela oferta de oportunidades de práticas administrativas, tanto nos cursos de graduação como na prática assistencial, proporciona ao enfermeiro uma maior facilidade para desenvolver atividades gerenciais;

- O enfermeiro tem facilidade de se relacionar, de interagir com o usuário e os funcionários;

- Há maior disponibilidade de escuta;

- Há criação de vínculo entre as pessoas;

- O conhecimento geral sobre o indivíduo, no seu ciclo biológico de vida, faz parte do agir profissional do enfermeiro; e

- Há disponibilidade para detectar e resolver os problemas;

Na saúde comunitária, o enfermeiro desenvolve um estilo de gerenciamento próprio, sempre voltado para os interesses da comunidade e das situações de risco referentes ao programa em questão, bem como desenvolve ações de acompanhamento, avaliação, planejamento, replanejamento e articula-se com outros profissionais de saúde, comunidade e níveis de atenção à saúde.

Outra questão importante refere-se à definição de quais informações devem ser restritas ao uso local ou municipal e as que devem compor sistemas de

informação de abrangência estadual ou nacional, ressaltando-se a importância da compatibilização conceitual e metodológica entre os diferentes níveis hierárquicos desses sistemas e a necessidade de estabelecer fluxos que possibilitem maior agilidade e acessibilidade aos dados.

Este estudo mostrou o profissional enfermeiro na sua prática de cuidado, desenvolvendo ações gerenciais, as quais são complexas, mostrou a utilização do SIS para o planejamento participativo e pactuado e para as ações de acompanhamento e avaliação.

Ainda, observou-se que cada US apresenta características epidemiológicas, demográficas, sociais e políticas diversas. Algumas têm mais população adulta, outras têm mais doença de origem laboral, outras contam com a participação dos membros do Conselho Local, outras não, e assim se configura o distrito sanitário. Essa diversidade de cenário, de um lado, implica obstáculos, pois não há padronização que dê conta dessa diversidade, por outro lado, oportuniza a criatividade, a possibilidade de construção conjunta de sujeitos sociais e a busca da transformação necessária.

O SIS deve ser pensado e estruturado com vistas a fornecer informações para os quatro níveis: nacional, estadual, municipal e local, ou seja, para a área de abrangência das unidades de saúde. Assim, é de fundamental importância garantir a participação, na estruturação e reestruturação do sistema, dos profissionais de saúde que estão desenvolvendo sua prática profissional na ponta, diretamente com o usuário. Esse profissional alimenta os dados e utiliza-os na perspectiva de mudança. Nesse sentido, uma das justificativas da descentralização das ações foi justamente a possibilidade de se pensar de acordo com a necessidade local. É o

olhar de quem executa, sujeito da ação, profissional e usuário, juntos, opinando sobre quais informações são necessárias para aquela realidade.

Dessa maneira, como Mishima (1997), também acredito que, no contexto da municipalização, o papel gerencial assume importância fundamental no processo de trabalho nas USs. Por isso, a formação dos recursos humanos para a saúde tem sido apontada como uma das estratégias para a mudança do modelo de atenção, assim, o ensino precisa contemplar experiências e conteúdos que mostrem a complexidade da vida, do sistema social e da prática profissional para o coletivo.

Nesse horizonte, Ceccim e Feuerwerker (2004) defendem que as instituições formadoras têm hoje três grandes desafios a serem contemplados na formação de recursos humanos para a saúde: a descentralização, a participação popular e o atendimento integral, que devem permear o ensino formal e a educação permanente, para que se garantam profissionais com o perfil de competências necessário à consolidação do sistema de saúde.

A partir disso, proponho, que as Instituições de Ensino Superior adotem eixos integradores transversais que contemplem a utilização da informática e do Sistema de Informação em Saúde nos seus diversos programas de saúde, possibilitando articular conteúdos também de campos disciplinares distintos, que são necessários para a prática profissional.

As grandes transformações na área da saúde e a sua dinamicidade têm sido um importante indutor, que se traduz em grande desafio para os educadores. A ênfase no pensamento crítico na enfermagem tem tido destaque, e Tacla (2002) refere-se a pensamento crítico como um pensamento complexo que possibilita a verificação crítica e metódica dos acontecimentos em seus cenários reais. Ribeiro

(1998) diz que a maior capacidade do pensador crítico é a capacidade de questionar.

A competência gerencial necessária ao enfermeiro também precisa ser repensada, considerando-se a complexidade do atuar em saúde. Nessa complexidade, há de se ter uma ação gerencial flexível, que possibilite o trabalho multidisciplinar e multiprofissional, bem como a tomada de decisão baseada em informações concretas e confiáveis, ações de respeito ao ser humano em que se acredite no seu potencial de ser participativo e de ser cidadão, sujeito de sua própria história.

Justifica-se, portanto, qualificar os alunos para atuar de forma crítica no processo de produção, organização e uso das informações, compreendendo o contexto histórico, social e político de seu trabalho, os conceitos fundamentais e a tecnologia que pode ser utilizada, e se percebendo sujeito trabalhador e tradutor dessas informações para o usuário, bem como possibilitando tal e qual ser usuário sujeito.

Ferraz (1995) recomenda uma revisão dos conteúdos da disciplina de Administração, que deverão estar voltados prioritariamente para o gerenciamento do cuidado de enfermagem. Quanto a esse aspecto vou mais além. Penso que a escola deve acompanhar *pari passu* a necessidade do mercado de trabalho, assim, torna-se necessário que a escola forneça subsídios para que o enfermeiro desempenhe a função gerencial, com competência para o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de saúde de forma global, sabendo utilizar, para a gerência, os recursos técnicos, sociais e políticos disponíveis e, principalmente, utilizar o seu saber em benefício da coletividade, para o cuidado gerencial e para o gerenciamento do cuidado.

Dessa maneira, o ensino deve proporcionar ao aluno oportunidade de operacionalizar diversos processos de intervenção e em diversos níveis de atenção à saúde, sempre numa visão de complexidade crescente (ABEN, 2000). Outra oportunidade que o ensino deve proporcionar ao aluno é a de desenvolver a inter-relação com outros profissionais, possibilitando a percepção do papel do enfermeiro no processo de trabalho conjunto da assistência à saúde.

Apesar de todas as modificações sentidas e ocorridas no transcorrer histórico dos sistemas de saúde no País, é necessário reconhecer que, ainda hoje, não se concretizou o projeto político do SUS. Esse talvez seja o principal desafio a ser enfrentado por todos os profissionais da saúde nos próximos anos. Há de se ter a vontade de se tornar sujeito desse processo, junto com os usuários, fazendo-se presente nas instâncias decisórias, lutando, aprimorando o sistema e tentando melhorar as condições de vida das famílias brasileiras.

REFERÊNCIAS

- ABEN (Associação Brasileira de Enfermagem). Encontro de Docentes de Administração em Enfermagem. 23 de outubro de 2000. 52º CBEN. Mimeo.
- ALMEIDA, M. C. P. A formação do enfermeiro frente à reforma sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.2, p.505-510, out./dez. 1986.
- ALMEIDA, M. C. P. *et al.* **Gerência na rede básica de serviços de saúde: processo de trabalho**. Bahia, 1994. Conferência realizada no X Encontro de Enfermagem do Nordeste, 18 de agosto de 1994. Mimeo.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.1-14, 2001.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1977.
- BARROS, A. J. P.; LEHFELD, N. A. S. **Projeto de pesquisa: propostas metodológicas**. 6.ed. Petrópolis: Vozes, 1997.
- BERTALANFFY, L. **Teoria Geral dos Sistemas**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1977.
- BERTO, G. S. **A participação do enfermeiro no processo decisório**. 2000. 114p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.
- BÔAS, L. V.; LIBERALINO, F. N.; MOTA, M. L. B. Gerenciando o cuidado de enfermagem na rede básica de saúde: relato de experiência. *In*: 50º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 1998, Salvador. **Anais...** Salvador: Associação Brasileira de Enfermagem, seção Bahia, 1998. p.192-196.
- BORK, A. M. T. **Enfermagem de excelência da visão à ação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- BRANCO, M. A. F. **Política Nacional de informação em saúde no Brasil: um olhar alternativo**. 2001. Tese (Doutorado em Planejamento e Administração em Saúde) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB – SUS 96**, Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A construção da política nacional de informação e informática em saúde**. Versão 1.3. Consulta pública. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 18 dez. 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Planejamento familiar: manual para o gestor?** Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: MS, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. **Instrução Normativa n.02**, de 6 de dezembro de 2001. Estabelece procedimentos para elaboração, implementação e acompanhamento da Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças - PPI-ECD. Brasília: MS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos princípios e diretrizes**/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 1.reimpressão. Brasília: MS, 2002b.

BRASIL. Lei Orgânica de Saúde n.8.080, de 19 set. 1990. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. 1990a.

BRASIL. Lei Orgânica de Saúde n.8.142, de 28 dez. 1990. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 31 dez. 1990. 1990b.

BUCKLEY, W. **A sociologia e a moderna teoria dos sistemas**. 2.ed. São Paulo: Cultrix, 1967.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.343-351, out./dez. 1998.

CAMPOS. F. E. Avaliação da satisfação dos consumidores e dos profissionais de saúde com os serviços de saúde. Uma abordagem qualitativa. Salvador, *In*: VI CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, Salvador, 2000. **Relação de trabalhos**. 1 CD-ROM.

CARVALHO, A. O.; EDUARDO, M. B. P. **Sistemas de informação em saúde para municípios**. São Paulo: Fundação Petrópolis Ltda., 1998.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. **Mudanças na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade**. Brasília, 2004. Mimeo.

CHIAVENATO, I. **Introdução à Teoria Geral da Administração**. São Paulo: Makron Books, 1993.

CIANCIARULLO, T. I., **Instrumentos Básicos para o cuidar** – Um desafio para a qualidade de Assistência. São Paulo: Atheneu, 2000.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, XI (CNS). **Relatório Final**. Brasília, 2003 .

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2004.

DENCKER, A. F. M.; VIÁ, S. C. da. **Pesquisa empírica em ciências humanas** (com ênfase em comunicação). São Paulo: Futura, 2001.

DYNIEWICZ, A. M. **Trabalho, trabalho em enfermagem, processo de trabalho em enfermagem e processo de enfermagem** – conceitos e reflexões. Curitiba, 2003. Mimeo.

DRUCKER, R. F. **Desafios gerenciais para o século XXI**. São Paulo: Pioneira, 1999.

DUCCI, L. *et al.* (Org.). **Curitiba: a saúde de braços abertos**. Rio de Janeiro: CEBES, 2001.

DURO, J. A. Z. **Decidir ou não decidir: o processo decisório**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1998.

ERDMANN, A. L. **Sistema de cuidados de enfermagem**. Pelotas: Universitária/UFPel, 1996.

FERRAZ, C. A. **A transfiguração da administração em enfermagem** – da gerência científica à gerência sensível. 1995. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

FRACOLLI, L. A.; EGRY, E. Y. Processo de trabalho de gerência: Instrumento potente para operar mudanças nas práticas de saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.5, p. 13-18, set. 2001.

FRACOLLI, L. A. Processo de trabalho de gerência: possibilidades e limites frente à reorganização da rede básica de saúde. *In*: VI CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, Salvador, 2000. **Relação de trabalhos**. 1 CD-ROM.

FREITAS, D. M. *et al.* A formação do enfermeiro frente às políticas de saúde. **Anais do Jubileu de Ouro do Curso de Enfermagem da Escola Paulista de Medicina**, São Paulo, 1989.

GIL, C. R. R. Desenvolvimento gerencial nas Unidades Básicas de saúde: Uma oportunidade para a melhoria da gestão pública. *In*: 50º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, Salvador, 1998. **Anais...** Salvador: Associação Brasileira de Enfermagem, seção Bahia, 1998.

HEIMANN, L. S. (Coord.). **A descentralização do sistema único de saúde no Brasil: uma proposta metodológica de investigação sobre o impacto de políticas**. São Paulo: Instituto de Saúde, 1998.

HEIMANN, L. S. *et al.* **Descentralização do sistema único de saúde: trabalhando a autonomia municipal**. São Paulo: Sobravime, 2000.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). 2003. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 set. 2004.

IDE, C. A. C. **Ensinando e aprendendo um novo estilo de cuidar**. São Paulo: Atheneu, 2001.

KRON, T. B. S. N. **Administração dos cuidados de Enfermagem ao Paciente**. Rio de Janeiro: Interlivros, 1987.

KURCGANT, P. Editorial. **Boletim Informativo da EEUSP**. v.9, n.1, p.1-4, jan./mar. 1998.

LEOPARDI, M. T. *et al.* Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.10, n.1. p.32-49, jan./abr. 2001.

LIMA, M. A. D. S. *et al.* Concepções de enfermeiras sobre seu trabalho no modelo clínico de atenção à saúde. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, n.3, p.343-354, jul./set. 2000.

LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L. Uma nova abordagem no ensino de enfermagem e de administração em enfermagem como estratégia de (re)orientação da prática profissional do enfermeiro. **Revista Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v.5, n.2, p. 20-34, jul./dez. 1996.

MALVESTIO, M. A. A. **Suporte avançado à vida**: Análise da eficácia do atendimento a vítimas de acidentes de trânsito em vias expressas. 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MARTINS, Joel. A pesquisa qualitativa. *In*: FAZENDA, Ivani (Org.). **Metodologia da pesquisa educacional**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1994.

MELO, Márcia Regina A. C. Expectativa do administrador hospitalar frente às funções administrativas realizadas pelo enfermeiro. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.4, n.1, p.131-144, jan. 1996.

MENDES, I. A. C. *et al.* La gerencia aclarada em el trabajo al enfermero. **Revista Latino americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.5, p.704-708, set./out. 2002.

MINATEL, V. F. *et al.* Gerenciamento do processo saúde-doença: Um novo campo de atuação. *In*: BORK, A. M. T. **Enfermagem de Excelência da visão à ação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

MISHIMA, S. M. **Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde em Ribeirão Preto**. 1995. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MISHIMA, S. M. *et al.* O sistema de informação no processo gerencial dos serviços de saúde: algumas reflexões. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.4, n. especial, p.83-89, abril 1996.

MISOCZKY, M. C. Distrito sanitário: desafio de descentralização com democracia. **Saúde em Debate**, n.33, p.54-60, 1991.

MOYSÉS, S. J. *et al.* A construção social do Distrito Sanitário. *In: DUCCI, L. et al.* (Org.). **Curitiba: a saúde de braços abertos**. Rio de Janeiro: CEBES, 2001.

MORAES, I. H. S. **Política, tecnologia e informação em saúde: a utopia da emancipação**. Salvador: Casa da Qualidade, 2002.

MORAES, I. H. S. **Informação em saúde: a prática fragmentada ao exercício da cidadania**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

MOREIRA, M. L. O sistema de informação de saúde: a epidemiologia e a gestão de serviço. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.4, p.43-45, 1995.

MORENO, J. L. **Psicodrama**. São Paulo: Cultrix e Edusp, 1974.

MORESI, Eduardo Amadeu Dutra. Delineando o valor do sistema de informação de uma organização. **Ci. Inf.**, Brasília, v.29, n.1, p.14-24, jan./abr. 2000.

MOTTA, P. R. **Transformação organizacional: a teoria e a prática de inovar**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1997.

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. 14. ed. Rio de Janeiro: Record, 2003.

PATRÍCIO, Z. M. Administrar é trabalhar com gente... A inter/transdisciplinaridade no processo de cuidar indireto através da educação. **Revista Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v.5, n.2, p.55-77, jul./dez. 1996.

PEDUZZI, M. **Laços e compromissos e contradições existentes nas relações de trabalho de enfermagem**. *In: 53º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM*. Curitiba, 2001.

PERES, A. M. **Sistema de informação sobre pesquisa em enfermagem: proposta para um departamento de ensino de universidade pública**. 2002. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

REZENDE, D. F. e ABREU, A. F. **Tecnologia da Informação aplicada a sistemas de informação empresariais**. São Paulo: Atlas, 2000.

RIBEIRO, E. R. **Paradigma da enfermagem: Assistir/gerenciar dimensões filosóficas**. 1998. 153f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Setor de Educação, Universidade Estadual de Londrina, Londrina/PR.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1995.

RODRIGUES, M. S. P.; LEOPARDI, M. T. **O método de análise de conteúdo**: uma versão para a enfermagem. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.

SÁ, L. D. E. A enfermagem no século XXI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.52, p.381, jul./set. 1999.

SANTOS, Sérgio R. Administração em enfermagem: burocracia ou assistência? **Hospital Administração e Saúde**, São Paulo, v.10, n.1, p.45-51, jan./fev. 1992.

SANTOS, I.; TAVARES, C. Cuidado: Construindo uma nova história de sensibilidade. *In*: VI CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA. Salvador, 2000. **Relação de trabalhos**. 1 CD-ROM.

TACLA, M. T. G. **Desenvolvendo o Pensamento Crítico no Ensino de Enfermagem**. Goiânia: AB, 2002.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica da programação**: o caso da saúde. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995.

TOBAR, F. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

TOMASI, N. G. S.; YAMAMOTO, R. M. **Metodologia da pesquisa em saúde**: fundamentos essenciais. Curitiba: Edição das autoras, 1999.

TREVISAN, M. A. **Enfermagem hospitalar**: administração & burocracia. Brasília: UNB, 1988.

TREVISAN, M. A. *et al.* Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.10, n.1, Ribeirão Preto, 2002.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

URBANO, L. *et al.* Gerentes para la actualidade: um desafio para la docencia. **Revista Cubana de Enfermagem**, Habana, v.17, n.3, p.50-57, set./dez., 2001.

VASCONCELLOS, M.; MORAES, I. H. S.; CAVALCANTE, M. T. Política de saúde e potencialidades de uso das tecnologias de informação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.26, n.61, p.219-235, maio/ago. 2002.

ZAGONEL, I.P.S. O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v.7, n.3, p.25-32, julho 1999.

ANEXOS

Anexo 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	130
Anexo 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	131
Anexo 3 – CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS E UNIDADES EM ESTUDO...	132

Anexo 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

Anexo 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu.....
, concordo em participar da pesquisa realizada pela mestranda Olga Laura Giraldi Peterlini, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, sobre “O SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PERMEANDO A PRÁTICA DE CUIDADO DO ENFERMEIRO GERENTE”, sabendo que, a qualquer momento e por qualquer motivo que julgar justo, posso desistir da mesma.

Estou ciente de que durante a entrevista será utilizado o gravador e que esta pesquisa será discutida e divulgada no meio acadêmico, sendo, contudo, mantido o anonimato.

Assino o termo de consentimento após ter discutido a proposta de pesquisa, o método e esclarecido minhas dúvidas, e estou de acordo em participar voluntariamente da pesquisa.

Curitiba, de de 2004.

.....
 Assinatura do entrevistado

Mestranda: Olga Laura Giraldi Peterlini
 Rua Coronel Dulcídio 1080 – Batel
 Fone: 244.0580

Anexo 3 – CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS E UNIDADES EM ESTUDO

Antes de iniciarmos a entrevista, peço a gentileza de preencher os seguintes dados:

Data...../...../ 2004

CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

Iniciais de seu nome:

Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
--

Idade:

Escola e ano em que se graduou:

Possui pós-graduação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quais?
--

Experiência profissional anterior? <input type="checkbox"/> Hospitalar <input type="checkbox"/> Saúde Comunitária <input type="checkbox"/> Outras Quais?

Tempo de atuação na instituição atual:
--

CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE:
--

Há atendimento nos seguintes programas de saúde: <input type="checkbox"/> Mãe Curitibana <input type="checkbox"/> Viva Mulher <input type="checkbox"/> Saúde da Família
--

A unidade alimenta dados para os Sistemas de Informação: <input type="checkbox"/> SISCOLO <input type="checkbox"/> SIS-PRENATAL <input type="checkbox"/> SIAB
--

Qual o setor ou departamento que retorna em forma de informação os dados coletados pela unidade de saúde:

Com qual a frequência a unidade de saúde recebe estas informações?
--

Impressão do entrevistador:
