

# **O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E A RECONSTRUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO SUS: A CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM BRASILEIRA<sup>1</sup>**

THE FAMILY HEALTH PROGRAM AND THE RECONSTRUCTION OF BASIC ATTENTION IN THE *SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE*: A CONTRIBUTION OF THE BRAZILIAN NURSING

EL PROGRAMA SALUD DE LA FAMILIA Y LA RECONSTRUCCIÓN DE LA ATENCIÓN BÁSICA DEL "SUS": LA CONTRIBUCIÓN DE LA ENFERMERÍA BRASILEÑA

*Maria José Moraes Antunes<sup>2</sup>  
Emiko Yoshikawa Egrý<sup>3</sup>*

---

**RESUMO:** Este estudo tem por objetivo contribuir para a reflexão sobre a dimensão histórico político-gerencial da reorganização dos serviços de atenção básica, especialmente do PSF e o PACS brasileiros e a inserção do profissional das enfermeiras e enfermeiros, enfocando o gerenciamento do cuidado integral na assistência de enfermagem.

---

**PALAVRAS-CHAVE:** gerenciamento, atenção básica, Programa Saúde da Família

## **INTRODUÇÃO**

A concepção do Programa de Saúde da Família (PSF), implantada pelo Ministério da Saúde no país a partir de 1994 está alicerçada nos propósitos de "inversão do modelo com garantias de recursos de forma progressiva e ousada, além da ampliação conceitual do âmbito da atenção básica" (*Levcovitz, Garrido, 1996*)

Sete anos após sua implementação no País a proposta se tornou realidade: o cadastro do Ministério da Saúde registra, em outubro de 2000, a existência de 10.420 equipes de PSF no país cobrindo uma população de cerca de 36 milhões de brasileiros em 3.088 municípios, com a meta de expansão de 20.000 equipes e cobertura a 79 milhões de habitantes em 2002. (BRASIL, 2000)

O PSF parece ter se tornado unanimidade nacional, referida como a principal estratégia para solucionar os males da saúde pública seja no universo político-partidário, das corporações profissionais da saúde, no setor de formação em saúde e na própria sociedade.

Nas campanhas eleitorais municipais do ano 2000 sua implementação no País tornou-

---

<sup>1</sup> *Extraído da Tese de Doutorado intitulada "O trabalho da gerência na rede básica do Sistema Único de Saúde – SUS: a contribuição da enfermagem brasileira no universo da Classificação Internacional de Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC", defendida e aprovada pelo Programa Interunidades da Escola de Enfermagem de São Paulo da Universidade de São Paulo.*

<sup>2</sup> *Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela EEUFMG. Diretora de Assuntos profissionais da Associação Brasileira de Enfermagem. Doutora em Enfermagem pelo Programa Interunidades da Escola de Enfermagem de São Paulo da Universidade de São Paulo.*

<sup>3</sup> *Enfermeira, Mestre em Enfermagem Doutora em Saúde Pública pela FSP/USP. Livre Docente em Enfermagem em Saúde Coletiva. Professor Titular do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem de São Paulo da Universidade de São Paulo. Orientadora da tese.*

se consenso nas propostas de governo dos mais diferentes partidos políticos como ação prioritária para a expansão dos serviços municipais do setor saúde. Para as corporações profissionais, especialmente a de medicina e enfermagem, representa abertura de importante mercado de trabalho com sinais de saturamento nos grandes centros urbanos.

Nas universidades brasileiras a criação dos Pólos de Capacitação para o PSF tem trazido novas possibilidades para discussão e revisão dos conteúdos curriculares e sua aderência às reais necessidades de saúde da população brasileira.

Para parte da sociedade de baixa renda, clientela majoritária da proposta, é a única possibilidade de acesso a serviços de saúde. Por outro lado, na análise de especialistas em políticas sociais, o PSF pode ser enquadrado como uma das estratégias neoliberais da "focalização", incapaz de reverter o quadro da iniquidade no país, "já que a extensão e a profundidade da nossa pobreza exigem políticas sociais permanentes que atinjam, também, suas raízes estruturais" e o da "descentralização destrutiva", conseqüente ao desmonte de políticas sociais nacionais existentes agora delegadas aos municípios sem os recursos correspondentes ou necessários. (Soares, 2000, p.81)

Implicados no processo de implementação do PSF e no PACS (Programa de Agentes Comunitários da Saúde, constituído hoje de 68 milhões de habitantes em 4.600 municípios e 144.793 Agentes comunitários de saúde) encontram-se os enfermeiros e enfermeiras brasileiras, pilares essenciais destas políticas governamentais, seja em nível local, regional, estadual e federal. (BRASIL, 2000)

Contribuir para a reflexão sobre a dimensão histórico político-gerencial do PSF e do PACS brasileiros e a inserção do profissional das enfermeiras e enfermeiros neste processo, tendo por referencial o marco conceitual da saúde coletiva é o objetivo deste ensaio/ estudo. Resguardando sempre a certeza de que, em um mundo imperfeito em constante mudança social, a melhor expressão da verdade que atenda o imperativo ético social da cidadania plena ainda está por ser formulada.

Por si só, são incapazes de responder ao propósito de inversão do modelo assistencial, que exige mudanças muito mais abrangentes do que a capacidade de intervenção das equipes de saúde da família, por mais socialmente comprometidas e técnica-cientificamente preparadas que sejam. Propósito que para ser atingido exige radicais transformações estruturais, com o curso e o concurso de outros investimentos e instâncias políticas e gerenciais públicas de bem estar social, ligadas ao meio ambiente (urbano e rural), à economia (geração de emprego e renda), à política agrária, à assistência social, educação e lazer, além, do curso e concurso de outras ciências, para além da biologia, como a geografia, a sociologia, a etnografia e a demografia em um único referencial político-estratégico-ideológico: o da saúde coletiva.

Creditar à estratégia do PSF a responsabilidade de impulsionadora do processo revolucionário pretendido no movimento da Reforma Sanitária da década de oitenta tem trazido equívocos e resistências aos limites e possibilidades de real finalidade destas propostas: ordenar a historicamente incipiente atenção básica em saúde vigente no país.

Autores ingleses que pesquisam a administração pública classificam a natureza dos processos de mudança nas organizações em três eixos: a mudança incremental, a mudança estratégica e a transformadora. A primeira é de menor porte e produz efeitos de mudanças focados sobre uma função ou uma unidade da organização; a segunda é vista como influenciando grandes subsistemas e produzindo efeitos que causam impacto em muitas parte da organização e a última capaz de produzir efeitos múltiplos de mudança, tanto horizontalmente por toda a organização como verticalmente nas suas camadas superiores e inferiores (Ferlie et al., 1999, p.154). Estes autores apontam seis indicadores de mudança estratégica: a existência de mudanças múltiplas e inter-relacionadas no sistema como um todo; a criação de novas formas organizacionais em nível coletivo; o desenvolvimento de mudanças em cascata que causam impacto descendente em todo o sistema, em níveis de unidade e individual; a introdução de

mudanças nos serviços prestados e no modo de fornecê-los, a reconfiguração das relações de poder (especialmente a formação de novos grupos de liderança); o desenvolvimento de uma cultura, ideologia e significados organizacionais novos.

Partindo deste referencial teórico, o PSF e o PACS têm obtido mudanças incrementais fundamentais na organização da atenção básica e neste contexto devem ser avaliados.

## **BREVE HISTÓRIA DA INSERÇÃO DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO DOMICILIÁRIA AO SABOR DAS MUDANÇAS DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL**

O domicílio, anteriormente à institucionalização da enfermagem enquanto profissão no século XIX, configurava-se como locus de prática das ações de saúde e da enfermagem. Na Grã-Bretanha, segundo *Nightingale* (1989) haviam 39.139 enfermeiras em serviços domésticos e 25.466 em serviços não-domésticos (asilos, abrigos e hospitais).

Segundo *Petitot* (1992), na Europa, na virada do século, a enfermagem domiciliar era majoritária e autônoma na área de saúde, mas, com a expansão dos hospitais no século XIX, este exercício liberal é reduzido e a enfermagem se enquadra em uma hierarquia de saberes, poderes e funções no espaço hospitalar. Esse fenômeno se repetiu em meados do século XX no Brasil, o rápido abandono da enfermagem domiciliar para o trabalho hospitalar, para o mesmo autor, se deu basicamente por três fatores interdependentes e inter-conseqüentes:

- porque o hospital ao se transformar em local de ciência e cura perde a característica asilar caritativa, passando a atender todas as classes sociais, incorporando, para isso, quartos privados para os pacientes de classe mais elevada, novas técnicas exploratórias, salas de cirurgias, ambientes assépticos, o que vai exigir, em substituição às cuidadoras caritativas religiosas, a incorporação de trabalhadores qualificados e em conseqüência assalariados, inclusive os enfermeiros.

- porque com a expansão dos hospitais e ampliação dos postos de trabalho para os enfermeiros traz a criação de escolas, associações profissionais e sindicais voltadas para a enfermagem hospitalar, que buscam criar conhecimentos, delimitar funções, e representações, regular e regulamentar a profissão, trazendo possibilidade de segurança, estabilidade e identificação profissional, atraindo, assim, os enfermeiros;

- por último, as políticas públicas passaram a valorizar a expansão da medicina científica curativa individual, centrada nos hospitais, atendendo às pressões dos trabalhadores e empregadores dos parques industriais das grandes cidades, expandindo, em conseqüência, o mercado de trabalho hospitalar para a enfermagem.

Ao se institucionalizar no ambiente hospitalar, a enfermagem estabelece com os médicos uma divisão do trabalho: “a doença para aqueles e os doentes para ela; não sem conflitos, já que nos hospitais universitários os médicos abandonaram de malgrado os enfaixamentos e as injeções para as enfermeiras.” (*Petitot*, 1992, p. 171)

A Norma Operacional Básica 01/96 (BRASIL, 1996) avança nas diretrizes constitucionais de municipalização da gestão e de controle social da saúde, incentivando ainda a expansão das ações extra-hospitalares. Estabelece como prioridade a organização de práticas voltadas para a atenção à família em seu espaço social como foco da atenção à saúde, inclusive com repasse financeiro diferenciado e garantido, por meio da adoção, pelos municípios, dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF). (BRASIL, 1994)

Baseada em experiências bem sucedidas no mundo, como Cuba, França e Canadá, a estratégia de intervenção dos serviços públicos de saúde no locus domicílio expandiu-se no Brasil na década de noventa, ancorada na tendência mundial de desospitalização. Várias são as justificativas apresentadas para a implantação da atenção à saúde no espaço do domicílio: desde a redução dos custos hospitalares e a busca de inversão do modelo clínico tradicional

centrado na consulta médica e na medicalização.

A atenção à família passa a ser um importante objeto das práticas em saúde, com a busca da humanização, a ampliação do acesso aos serviços, a possibilidade de ampliar a intervenção nos determinantes e condicionantes do processo saúde – doença. Assim o ambiente físico “domicílio” e a família que ali vive, no fim da década de noventa passam a ser prioridades no discurso oficial das políticas públicas, acompanhadas de incentivos financeiros diferenciados, trazendo novas finalidades e formas de organização do processo de trabalho em saúde e portanto novo espaço de prática para a enfermagem.

A implementação do SUS na década de noventa, trouxe como consequência imediata o aumento dos postos de trabalho para enfermeiras e enfermeiros, que passam a ampliar seu espaço na produção dos serviços de saúde, especialmente nos programas do PACS e PSF. Porém, o crescimento quantitativo que aponta para o aumento da resposta à demanda nos serviços, não necessariamente inclui a capacitação para o exercício das atividades, abrangendo o pressuposto da integralidade da atenção em saúde coletiva.

Em estudo realizado (*Antunes, 1996*), buscando a relação do trabalho dos enfermeiros inseridos na rede básica de saúde de um município gerenciado por partido político de “esquerda” com a integralidade da assistência, utilizando o método da análise institucional, identificamos alguns dos principais conflitos e desafios dos enfermeiros de saúde pública na década de noventa. Nestes incluem-se o rompimento com os instituídos mais fortes que determinam as práticas de saúde e de enfermagem, ou seja, o modelo tradicional hierarquizado e verticalizado de prestação de serviços de saúde centrado na recuperação de corpos individuais e densamente tecnificado e medicalizado, em cuja base ideológica e econômica na qual se encontram o poder da medicina científica, a indústria de equipamentos e medicamentos, o mito do acesso aos serviços de saúde condicionado à possibilidade de consumo particular, a organização hospitalocêntrica, a alienação no trabalho da enfermagem conseqüente ao modelo capitalista de produção e ao poder da mídia na indução social por consumo de serviços recuperativos de saúde.

Assim, pode se supor que os profissionais de saúde e entre eles os de enfermagem, ao se inserirem na rede básica de saúde do SUS, no PSF, no PACS ou nos centros de saúde, enfrentem dificuldades de várias ordens para organizar o processo de trabalho voltado para a saúde coletiva, ou seja oferta de serviços universais, de natureza integral e de defesa e manutenção da qualidade de vida (*Antunes, 1996*). Dentre estas dificuldades, são relevantes:

- a pressão da demanda da sociedade e dos próprios trabalhadores de saúde que parecem condicionados, por determinantes simbólicos, estruturais, históricos e culturais a consumir e produzir serviços de recuperação da saúde em diferentes níveis de acesso, conforme a capacidade de consumo e de incorporação tecnológica ;

- o desconhecimento de como propor e produzir serviços de saúde de abrangência coletiva, já que nos cursos de formação em saúde predominam o cuidar de enfermidades centrado em indivíduos;

- a falta de clareza das finalidades e objetivos da assistência integral à saúde a ser desenvolvida em um novo complexo de produção de serviços básicos de saúde;

- a falta de incentivos institucionais, traduzida na ausência ou insuficiência de recursos de infra-estrutura e qualificação profissional, necessários ao planejamento e desenvolvimento de ações integrais e efetivas em saúde;

- a tímida articulação do setor de produção de serviços de saúde com outros serviços de produção de serviços de bem estar social, governamentais ou não governamentais, traduzida na ausência de políticas intersetoriais consistentes e de impacto.

- a ausência de planejamento gerencial voltados para atingir as finalidades e objetivos da assistência integral à saúde a serem desenvolvidos universalmente pela enfermagem para uma determinada população local;

- a ausência de instrumentos gerenciais que permitam realizar intervenções específicas de enfermagem de acordo com as reais necessidades e problemas de saúde, independente das programações tradicionais e verticais existentes.

- a ausência de metodologias avaliativas que permitam, de forma sistematizada, aquilatar a qualidade e a resolutividade da atenção oferecida nos serviços de saúde, referenciada na integralidade da assistência e na qualidade de vida dos cidadãos e da coletividade.

Realidade semelhante, agregada de novas perspectivas para o trabalho da enfermagem foram encontradas nos resultados finais do projeto de Classificação Internacional da Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva no Brasil – CIPESC, desenvolvido pela Associação Brasileira de Enfermagem para atender à demanda do Conselho Internacional de Enfermagem – CIE, com o apoio da Fundação W.K.Kellogg e parceria de importantes universidades brasileiras, desenvolvido no período de 1996 a 2000 (ABEn, 1997).

O projeto<sup>4</sup> pesquisou o “pensar/fazer” da enfermagem brasileira em quinze diferentes municípios brasileiros, escolhidos pela possibilidade de aproximação com a mais abrangente diversidade possível da prática de enfermagem. A metodologia utilizada constou da aplicação de dez instrumentos de pesquisa a centenas de trabalhadores de enfermagem, 90 reuniões utilizando-se a técnica do grupo focal atingindo 720 enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, 165 entrevistas individuais com gestores, gerentes de unidade básica e representantes de entidades de enfermagem, com a contribuição espontânea de 115 pesquisadores (*Garcia; Nóbrega, 2000*).

Os resultados encontrados permitem inúmeras vertentes de análise da realidade da enfermagem brasileira nos espaços extra-hospitalares públicos, (incluindo os centros de saúde, PACS e PSF) ainda não esgotadas. No entanto, dois merecem destaque neste ensaio: primeiro o investimento dos profissionais de enfermagem de todo o país nos processos de qualificação da força de trabalho, nas transformações dos modelos assistenciais e no gerenciamento em nível local da assistência, sem o suficiente respaldo institucional para a contínua atualização, apesar da manutenção das insuficientes e precárias condições de trabalho e baixa remuneração. Ou seja, a enfermagem brasileira, como nenhuma outra profissão, tem dado sustentação à concretização do ideário do SUS, a despeito do reconhecimento institucional, traduzido em investimentos e valorização social; segundo, as ações dos profissionais de enfermagem ainda estão, majoritariamente vinculadas ao modelo assistencial centrado na prática médica, de caráter curativo e individual, que persiste no país, (*Egry et al., 2000*) Modelos assistenciais centrados nos usuários com busca ativa de necessidades de saúde e envolvendo trabalho multiprofissional em saúde foram predominantes em dois cenários dos quinze cenários pesquisados, coincidentemente os que trabalham com a estratégia do PSF, (*Chianca; Rocha, 2000*). Há que se ressaltar que, em nenhum dos outros cenários de pesquisa a liberdade de criar e recriar o trabalho na rede básica do SUS aparece como nos cenários que trabalham com a estratégia do PSF.

Considerando-se a assistência de enfermagem no referencial da saúde coletiva como a articulação das atividades de prestação de cuidados de enfermagem voltados para a proteção e promoção da vida individual, de grupos, famílias, comunidades e de prestação de cuidados que contribuam para a recuperação de pessoas doentes, percebe-se no cotidiano dos serviços de saúde brasileiros que a sua concretização ainda está, majoritariamente, limitada às recomendações de trabalhos acadêmicos e aos anseios dos enfermeiros assistenciais. Por outro lado verifica-se a dificuldade de avançar suas ações para além das já definidas no modelo tradicional hierarquizado e verticalizado de prestação de serviços de saúde centrado na recuperação de corpos individuais, altamente medicalizado. A base ideológica e econômica

---

<sup>4</sup> Os resultados do projeto CIPESC- Brasil foram publicados e estão também disponíveis no site da Associação Brasileira de Enfermagem: <http://www.abennacional.org.br>

deste modelo é mantida e sustentada pela falência das políticas públicas de saúde para atender a universalidade, a equidade e a integralidade no trato da saúde, pelo poder da indústria medicamentosa e equipamentos de alto custo, pela organização hospitalocêntrica para a atenção à doença e pela alienação no trabalho da enfermagem conseqüente ao modelo capitalista de produção.

Ao analisar o gerenciamento da assistência de enfermagem na rede básica, na perspectiva da saúde coletiva, pretende-se contribuir neste momento desafiante de crescimento da enfermagem nos espaços extra-hospitalares, mais especificamente na rede básica do Sistema Único de Saúde.

## **O TRABALHO GERENCIAL DOS ENFERMEIROS NA REDE BÁSICA DO SUS**

A concretização majoritária de prática qualificada no cotidiano do trabalho em saúde e em enfermagem depende da capacidade de sua institucionalização, agregada de valor social, ou seja, depende das relações de poder para se impor e estabelecer enquanto prática social aceita, necessária e importante no conjunto das práticas de saúde

Para esta institucionalização exige-se a confluência de diversos fatores, que regulam o processo de produção na saúde. *Girardi* ao se referir ao conceito de regulação proposto por *Boyer*, como “conjunção de mecanismos que promovem a reprodução geral, tendo em vista as estruturas econômicas e as formas sociais vigentes”, propõe que as instituições são reguladas pela confluência de três planos intrínsecos e inter-relacionados: “o plano das normas juridificadas e das regras formais, o plano da negociação, do convencimento e da barganha cotidiana e o plano da tradição, dos valores das ideologias e das crenças” (*Girardi*, 1994, p.61).

Ao se pensar na regulação do trabalho em saúde que, em última análise, determina o espaço de intervenção e qualificação das práticas de enfermagem, podemos referenciar no primeiro plano proposto pelo autor as normas de regulamentação da profissão, definidas por leis, resoluções e programas oficiais vigentes, que traduzem no cotidiano as determinações das políticas públicas oriundas das áreas econômicas, de ensino, de trabalho e de saúde, que acabam por definir a padronização tecnológica e o processo de trabalho em saúde e em enfermagem e que precisam ser revistas e superadas.

No segundo plano, correspondente, ao da negociação, encontramos o espaço das instituições sociais, onde se dão os conflitos e mediações de interesses das instituições privadas, das entidades corporativas de classes profissionais, sindicais, conselhos de saúde e organizações da sociedade civil. Neste importante espaço de regulação, os profissionais de enfermagem pouco transitam, pela incapacidade de agir como ser socialmente determinado e pela inabilidade em lidar com situações conflituosas, das quais preferem, majoritariamente, negar.

No terceiro e último plano encontramos a influência, na regulação do trabalho em saúde e da enfermagem da tradição, dos valores, das ideologias e das crenças traduzidos no imaginário social, através de símbolos, significados e comportamentos preestabelecidos. Neste plano predomina a forte influência da medicalização da vida, que determina o modelo assistencial biomédico, curativo e hospitalocêntrico hegemônico no século XX (*Freidson*, 1978) e os conflitos das enfermeiras frente à definição de seu objeto de trabalho: administrar ou cuidar.

A definição entre as ações administrativas (gerenciar) e as assistenciais (cuidar) polarizaram, na década de 80, as discussões sobre o objeto de trabalho dos enfermeiros.

Para *Trevisan* (1988), após extenso trabalho de pesquisa no espaço de produção hospitalar, “o problema maior era centralizar as ações da enfermeira com seu verdadeiro objeto de trabalho: a administração da assistência prestada ao paciente”. Nesta perspectiva é indispensável, que o enfermeiro analise os três planos referidos por *Girardi* (1994) e sua inter-relação na regulação e conformação das práticas de enfermagem no seu cotidiano de trabalho gerencial.

Esta análise poderá contribuir para a compreensão da dinâmica das determinações sociais e das contradições existentes, para o enfrentamento dos conflitos. Poderá possibilitar caminhos para a transformação e qualificação profissional destas práticas, hoje predominantemente laborativas.

O grande nó a ser desatado é o entendimento comum da finalidade do trabalho da enfermagem (porque e a quem prestamos serviços?), para que (o que queremos contribuir para manter, modificar ou transformar?), com que (recursos, poderes instituídos, instrumentos de trabalho para a organização e avaliação gerencial?). Ou ainda, qual ideologia nos guia nos caminhos das pedras das relações profissionais e sociais no interior do processo produtivo em saúde? Ou para que e para quem gerenciamos os serviços de saúde e enfermagem na rede básica do SUS?

Segundo *Barbosa e Lima* (1996) na construção do SUS o Estado e a sociedade brasileira estão tecendo um novo arranjo de possibilidades de ação, com modificações nas dimensões estrutural, política e técnico organizativa, e definem como área de atuação da gestão equalizar as necessidades e demandas por saúde (de ordem política e ética) com as possibilidades de respostas sociais (de ordem técnico administrativas), afirmando que: "atuar neste campo será uma decorrência do quanto é possível explicar e compreender a dinâmica das necessidades de saúde, os valores sociais envolvidos os interesses, a Epidemiologia dos diversos processos saúde/doença. Será também decorrência de adequadas explicações sobre como estão dispostos se utilizados os recursos para ação, incluindo mais uma vez os valores, os interesses, as bases tecnológicas disponíveis e/ou a desenvolver-se, as disponibilidades de recursos e finalmente, como combiná-los de modo eficiente, eficaz e efetivo, em torno da situação problema, problemas sanitários específicos, coletivos e individuais" (*Barbosa; Lima*, 1996, p. 11).

A priorização e o desenvolvimento da gerência enquanto instrumento de trabalho para alcançar a finalidade última de prestar assistência de enfermagem equânime, resolutiva e integral conforma-se como uma das maiores possibilidades existentes para que o enfermeiro rompa com o seu instituído dominante: as atividades burocráticas, normalizadoras, controladoras de pessoas, e de prestação de cuidados suplementares ao ato de outros profissionais de saúde. A gerência em enfermagem deve ser vista como um instrumento de trabalho, articulado ao trabalho de outros profissionais em saúde, com a finalidade última de favorecer a vida em todas as suas manifestações e a integralidade da assistência à saúde. Para isso, a formação profissional é fundamental, visto que é nela que o enfermeiro constrói a concepção de seu trabalho, e, portanto, da gerência. No entanto, o conhecimento de como exercer gerência em saúde e enfermagem no SUS pautado na universalidade, integralidade e equidade não está dado no campo da práxis.

Para *Mishima et al.* (1997, p. 287) "a gerência é um instrumento poderoso para a construção de um modelo assistencial calcado na integração sanitária,... e ações deveriam ser planejadas e executadas buscando contemplar a intervenção sobre os problemas de enfrentamento contínuo (aqueles eleitos no âmbito dos grupos populacionais das comunidades específicas) e problemas de enfrentamento ocasiona ou seja, aqueles auto percebidos pela população e que demandam espontaneamente aos serviços). Haveria necessidade de uma íntima e promiscua convivência entre o atendimento prestado para todas as intercorrências clínicas e as atividades voltadas para a saúde coletiva".

É, pois, um processo de saber/fazer em construção. Além da análise crítica reflexiva, entre as dificuldades do exercício da gerência da assistência de enfermagem na rede básica, duas são particularmente importantes:

- a insuficiência de instrumentos gerenciais que permitam identificar problemas e necessidades da coletividade, planejar e realizar intervenções específicas de enfermagem de acordo com as reais necessidades e problemas de saúde, independente das programações tradicionais e verticais existentes,

- a ausência de metodologias avaliativas que permitam, de forma sistematizada, aquilatar a qualidade e a resolutividade da atenção oferecida nos serviços de saúde, referenciadas na integralidade da assistência e na qualidade de vida dos cidadãos e da coletividade.

A criação do Sistema de Informação da Atenção Básica e a criação de indicadores de avaliação da atenção básica, recém implantados no país pelo Ministério da Saúde são um marco inédito na avaliação de resultados da rede básica do SUS (BRASIL, 2001).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente à complexidade das políticas de saúde e à diversidade nos avanços e recuos do SUS, a Enfermagem em seus mais diferentes níveis de inserção cotidiana no sistema, vive uma situação contraditória. De um lado contribuindo para a manutenção das atuais estruturas, cooperando acriticamente com o modelo hegemônico vigente e com os programas verticais, por outro lado conquistando espaços de poder na gestão do sistema, buscando construir o SUS e transformar propostas incrementais em estruturais.

A atuação da enfermagem voltada para a família e o espaço domiciliário tem se expandido em todo o país; todavia precisam ser acompanhadas de análise e reflexão de sua pertinência e resultados, relacionados à ampliação da garantia da assistência integral à saúde como direito social universal.

Na enfermagem, principalmente as enfermeiras e enfermeiros têm ampla e profunda percepção das necessidades da extensão de cobertura, da garantia do acesso universal e da equidade na assistência, mas pela inexistência do trabalho multidisciplinar, de uma relação democrática no âmbito do sistema, e de uma postura mais reivindicativa tem absorvido múltiplas atribuições que impõem mais responsabilidades e desgaste, considerando que o número deste profissional é sempre menor que o necessário para a prestação de assistência de enfermagem integral, resolutiva e de qualidade. Se não houver uma criticidade do trabalho cotidiano nos espaços locais onde se concretiza a inclusão/exclusão social, a enfermagem corre o risco de fazer uma avaliação simplista de sua atuação, não oferecendo resistências e não utilizando estes espaços para modificar e renovar a sua atuação buscando garantir o direito à saúde com efetividade.

A ampliação do campo das ações básicas de saúde renova a esperança de ver o coletivo da enfermagem brasileira revisitando e refazendo os cuidados que presta à nossa sociedade a partir de um novo referencial: a defesa da qualidade de vida e saúde, como direito universal e equânime dos cidadãos. Assim o maior desafio é o de concretizar, na prática técnica, social e política, a ideologização e institucionalização de novos fundamentos para a práxis da enfermagem: **o de cuidar integralmente para que a vida plena e digna seja um direito. Integralidade entendida com velhos e novos cuidados para o processo humano de nascer, crescer, envelhecer no meio social.** Pensar e fazer SAÚDE para incorporar à enfermagem, competência técnica, política e ética capaz de prestar serviços específicos fundamentados num saber próprio voltado para cuidar da VIDA e não mais só da doença dos cidadãos brasileiros. Ou seja, reinventar os cuidados de enfermagem, como nos diz *Collière* (1999, p. 350): "Como a vida, que é sua fonte, os cuidados e entre eles o de enfermagem, tem e terão ainda que se procurar. Como a vida, que alguém disse que é preciso reinventar, há que se reinventar os cuidados. Cuidados que promovam a vida, cuidados desalienantes, que restituam um sentido à vida tanto dos que os recebem como dos que o prestam. Cuidados que restituam ao homem a sua vida e a sua morte, desde o nascimento, sem violência, até a morte escolhida, permitindo aos que recebem e aos que prestam cuidados, não mais ter que calar a sua identidade por trás de um papel mas fazê-la reconhecer, desenvolver e se afirmar".

---

**ABSTRACT:** The present study is a reflection about the historical, political and administrative



O programa saúde da família...

dimensions of the reorganization of basic attention health services in Brazil, especially PSF and PACS. It also discusses the insertion of nursing professionals in these organizations, focusing on the management of total care in nursing assistance.

---

**KEYWORDS:** management, basic attention, Family Health Program

---

**RESUMEN:** El estudio tiene como objetivo contribuir para la reflexión sobre la dimensión histórico-político-gerencial de la reorganización de los servicios de atención básica, especialmente del PSF y el PACS brasileños y la inserción de los profesionales enfermeros y enfermeras, puntualizando el gerenciamiento del cuidado integral en la asistencia de enfermería.

---

**PALABRAS CLAVE:** gerenciamiento, atención básica, Programa Salud de la Familia

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, M.J.M. *O Enfermeiro e a integralidade da assistência de enfermagem na Rede Básica de Saúde do Sistema Único de Saúde*. 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 1996.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. *A classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva e o uso da epidemiologia social*. Brasília, DF: ABEn, 1997. (Série Didática: Enfermagem no SUS)

BARBOSA P.R.; LIMA S.M.L. Gestão em Saúde: bases para maior responsabilidade, eficiência e eficácia. *Rev Espaço Saúde*, Curitiba, v.5, n.5, p. 17-25, set. 1996.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *O trabalho do agente comunitário de saúde: programa de agentes comunitários de saúde*. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2203 de 05 novembro 1996. Norma operacional básica do SUS -01/96. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 06 nov. 1996. p.22.932-40.

\_\_\_\_\_. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10., 1996, Brasília. *Relatório final...* Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: [www.datasus.gov.br/conferencianacionaldesaudeonline](http://www.datasus.gov.br/conferencianacionaldesaudeonline). 10ª Conferência Nacional. Acesso em: 10/12/2000.

\_\_\_\_\_. *Programa de Saúde da Família* 2000. Brasília. In: [www.saude.gov.br/psf](http://www.saude.gov.br/psf).

\_\_\_\_\_. *Programas e Projetos. Atenção Básica*. (on-line). 2001. Disponível: <http://www.saude.gov.br> (capturado em 21 jun.2001).

CHIANCA T.C.M; ROCHAA.M. As ações realizadas pela enfermagem no âmbito da saúde coletiva no Brasil. In: GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. *Sistema de Classificação da prática de enfermagem: um trabalho coletivo*. João Pessoa: Associação Brasileira de Enfermagem/Idéia, 2000. p.171-182. (Série Didática)

COLLIÈRE M.F. *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel Editora Técnica, 1999. 385 p.

EGRY, E.Y.; CAR M.R.; FELLI, V.E.A; CAETANO, V.C; SUGANOVA S. O processo de trabalho da enfermagem na rede básica do SUS- Parte I. In: GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. *Sistema de Classificação da prática de enfermagem: um trabalho coletivo*. João Pessoa: Associação Brasileira de Enfermagem/Idéia, 2000. p.171-182. (Série Didática)

FERLIE, E.; ASBURNER, L.; FITZGERALD, L.; PETTIGREW, A. *A nova administração pública em ação*. Brasília: Editora UnB, 1999. 468p.

FREIDSON, E. *La profesion médica*. un estudio de sociologia del conocimiento aplicado. Barcelona: Peninsula, 1978. 168p.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Projeto CIPESC-CIE/ABEn: inventário vocabular de fenômenos e ações de enfermagem em saúde coletiva. In: Projeto CIPESC. *Relatório Final* - fase 1. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 2000. 211 p., mimeogr.

GIRARDI, S. N. Aspectos gerais da regulação: notas em torno ao estado da arte. In: \_\_\_\_\_. *Regulação do trabalho em saúde*. Washington: Organização Panamericana de Saúde, 1994. 87p.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N.G. Saúde da família: a procura de um modelo anunciado. *Cad Saúde da Família*, Brasília, jan./jun. 1996.

MISHIMA S.M.; VILLAT.C.S.; SILVA E.M.; GOMES E.L.R.; ANSEMI M.L.; PINTO I.C.; ALMEIDA M.C.P. Organização do processo gerencial em saúde pública. In: ALMEIDA, M.C.P; ROCHA S.M.M. (Org.) *O trabalho de enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1997. p. 251-296.

NIGHTINGALE, F. *Notas sobre Enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1989.

PETITAT, A. La profession infirmière, un siècle de mutations. In: AIACH, P.; FASSIN, D. (Dir). *Sociologie des professions de santé*. Paris: Espace Européen. 1992. p.161-185.

SOARES, L.T. *Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina*. São Paulo: Cortez. 2000. 118p. (Questões da nossa época, 78).

TREVISAN M. A. *Enfermagem Hospitalar: administração & burocracia*. Brasília: Universidade de Brasília, 1988. 142p.

---

*Recebido em fevereiro de 2001*  
*Aprovado em julho de 2001*