

GERÊNCIA NA REDE BÁSICA DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM RIBEIRÃO PRETO - UM PROCESSO EM CONSTRUÇÃO*

Maria Cecília Puntel de Almeida*
Cinira Magali Fortuna**
Maria José Bistafa Pereira***
Silvana Martins Mishima****
Tereza Cristina Scatena Villa+

RESUMO: Este artigo tem como objetivo relatar a experiência da constituição do processo gerencial local das Unidades Básicas de Saúde de Ribeirão Preto, no processo de municipalização da saúde. Discute-se os limites que surgem na conformação desta atividade administrativa: tomá-la como essencialmente técnica e racional, voltada para o controle da funcionalidade interna dos serviços e neste caso para a organização do atendimento à doença. Aponta-se que, é nestes limites colocados que é possível (re)construir um processo gerencial dinâmico e integrativo, onde as dimensões técnicas, política e comunicativa estejam presentes para alcançar a integração sanitária.

ABSTRACT: The present study aims at reporting the contribution of the local management process to the Health Centers maintained by the Health Bureau of the city of Ribeirão Preto. The authors discuss the limits emerged with the constitution of this administrative activity: to change it into a technical and rational activity applied to the services control and to the organization of the health care. They emphasize that within these limits it is possible to reconstruct a dynamic and integrated management process in which the technical, political and communicative dimensions are present aiming at obtaining a sanitary integration.

UNITERMOS: Gerenciamento de serviços de saúde - Municipalização.

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos dez anos, na esteira do movimento da reforma sanitária, um novo horizonte começa a se delinear na organização dos serviços de saúde, principalmente após o plano do CONASP e das Ações Integradas de Saúde. Assim a política de saúde passa a privilegiar a descentralização, integração dos serviços, e maior

racionalidade e aproveitamento possível dos recursos do setor, dentre vários princípios, dentre os quais, o direito das pessoas à saúde e a sua provisão pelo Estado passam a ser as plataformas políticas básicas.

Com a municipalização, a autoridade e gestão dos serviços básicos de saúde passam a ser de responsabilidade do nível local, os quais, através de uma postura transformadora, podem alcançar a promoção da saúde, indo além da assistência à doença.

Este artigo é a parte da Conferência da Mesa Redonda sobre Gerência de Enfermagem na Rede Básica de Serviços de Saúde - Processo de Trabalho, no X Encontro de Enfermagem do Nordeste. Salvador, BA, 17 a 20 de agosto de 1994.

** Professora Titular junto ao Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

*** Enfermeiras da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Ribeirão Preto - São Paulo

**** Professora Assistente junto ao Departamento de Enfermagem Materno - Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

+ Professora Doutora junto ao Departamento de Enfermagem Materno - Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Portanto, a temática aqui tratada, o gerenciamento local em saúde, é bastante pertinente e imprescindível na organização e melhoria da qualidade dos serviços de saúde a nível local na constituição do SUS.

Nesta exposição, estamos nos referindo ao gerenciamento local como aquele que se dá nas unidades básicas de saúde, portanto, à organização dos serviços na ponta do sistema.

Responsabilidade e gestão pública municipal da saúde é uma realidade nova que vários municípios estão vivenciando, uns com maiores possibilidades que outros, mas é inegável que houve uma ampliação da rede básica pública municipal, com avanços importantíssimos em sua organização.

Pretende-se, com a descentralização dos serviços, tornar possível a integração sanitária, ou seja, prestar serviços de saúde para a recuperação da saúde individual, bem como, organizar medidas de ação coletiva para o controle, prevenção e promoção da saúde da população.

Este novo quadro da organização dos serviços remete à importância do papel gerencial no processo de trabalho em saúde, que ora se conforma a nível local.

É importante não nos esquecermos que é no processo de trabalho, e não fora dele, que as possibilidades se dão, ou seja, é nos limites tecnológicos, políticos e sociais possíveis da organização do trabalho que transformações podem ser alcançadas.

A municipalização está conformando uma nova organização tecnológica do processo de trabalho em saúde e esta se manifesta por: maior autonomia e poder decisório; organização e administração dos recursos humanos; presença de maior número de profissionais da saúde e maior diversidade de categorias profissionais; complexidade tecnológica; busca da integralidade da assistência; presença da população nas decisões da saúde, desde as Comissões Locais, até os Conselhos Municipais de Saúde.

Esta nova conformação dos serviços de saúde, que se faz no processo de descentralização, conduz inevitavelmente à diversidade, heterogeneidade, que se por um lado pode trazer algumas dificuldades como a falta de padronização e homogeneização, por outro, avanço no que diz respeito à criatividade e possibilidades de transformação.

Crescem portanto, de importância, as experiências localizadas, não como forma de copiá-las e

reproduzi-las para outras localidades, mas como troca de informações e de caminhos diversos que estão sendo trilhados.

Vamos portanto trazer a experiência de Ribeirão Preto, no que diz respeito ao processo de gerenciamento das unidades básicas de saúde (UBS), que pode ser considerado um processo em construção. Para melhor compreensão, vamos primeiramente descrever como se deu a constituição da rede básica pública do município no processo de municipalização e a introdução da enfermeira na Secretaria Municipal de Saúde, a partir de 1983, e finalmente, como vem se conformando o processo gerencial das unidades básicas de saúde, cargo multiprofissional, suas possibilidades e limites, nestes primeiros anos de 90.

A princípio pode parecer estranho o fato de estarmos interligando o processo gerencial a uma categoria profissional (no caso as enfermeiras), mas historicamente estas, nos serviços de Saúde Pública, têm desempenhado esse papel, mesmo que informalmente, pelo fato de que nesse processo de trabalho, que se conforma com grande divisão técnica e social, ser a profissional que vem coordenando e articulando estes trabalhos parcelares. No momento em que a função gerencial foi formalizada em Ribeirão Preto, houve a ampliação da categoria a ser indicada, passando a ser qualquer profissional de saúde de nível superior, da Secretaria Municipal da Saúde. Portanto, vamos falar sobre o gerenciamento das UBS sem a preocupação com a questão da categoria profissional de saúde que ocupa a função.

Outra explicação necessária, é que essa prática gerencial das UBS, que era ausente na Secretaria Municipal de Saúde até então, está sendo pensada e organizada por um grupo de profissionais da própria Secretaria juntamente com a Universidade (USP) - Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, através do Grupo de Trabalho/Pesquisa Gerenciamento e Informática em Saúde.

2. CONSTITUIÇÃO DA REDE BÁSICA PÚBLICA DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM RIBEIRÃO PRETO

No Estado de São Paulo, como resultado do processo de descentralização implementado pelas AIS e SUDS, ocorreram mudanças quantitativas no quadro de serviços básicos de saúde*. O aumento do número de unidades de saúde, sem dúvida, possibilitou um maior acesso aos serviços públicos de saúde, antes restritos a uma pequena parcela da população.

Até o final de 1984, o convênio AIS já havia sido assinado por 353 municípios paulistas, evidenciando-se o emergente papel do município como responsável pela prestação de serviços de saúde.

Isto ocorreu também em Ribeirão Preto, que em 4 de dezembro de 1983, através da Secretaria Municipal de Saúde, firmou o termo de adesão ao convênio. Em 26 de Abril de 1984³, data da aprovação da lei municipal, tem início a sua implantação.

Em 1987, o município estabelece convênio de Municipalização através da Lei nº 5.194⁴, de 27 de novembro de 1987, após o decreto do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde**.

É nesse processo de municipalização, que a estrutura básica para prestação de serviços públicos ambulatoriais vai se constituindo e se organizando, principalmente em relação à construção de unidades de saúde e contratação de pessoal. O incremento que se deu, principalmente nestas duas áreas, foi bastante considerável: de 11 unidades de saúde, que

funcionavam em casas populares improvisadas, em 1983, passou-se a contar no ano de 1994, com 30 unidades, sendo que, destas, várias foram construídas neste período e outras reformadas.***

As ações de saúde destas 30 Unidades são hoje coordenadas, formalmente, por três Unidades Distritais de Saúde (UBDS), onde se instala a sede de cada Distrito Sanitário que abrange as UBS adstritas à sua região geográfica. É importante ressaltar, que este processo de distritalização é um processo em curso, sendo que no momento o município vive um período de construção da descentralização.

Em 1990, ALMEIDA¹, em uma investigação sobre o trabalho de enfermagem na rede básica pública de saúde em Ribeirão Preto, constatou que a organização tecnológica do trabalho em saúde nas UBS podia ser identificada como o Novo Modelo Assistencial, que substituiu, no estado de São Paulo, o Modelo Programático.

A característica central do Novo Modelo Assistencial era o Pronto-Atendimento, que tinha como ação nuclear a consulta médica, a qual não se fundamentava na história clínica dos clientes, mas sim no problema e na queixa apresentados. O seguimento clínico e o acompanhamento do cliente não eram necessários, pois o modelo assumido era o Pronto-Atendimento.

Como o trabalho na saúde é coletivo (cada trabalhador ou cada ação são parcelares), e como o núcleo do modelo era a consulta do tipo Pronto-Atendimento, os outros trabalhos que aí eram operados, tinham a finalidade de auxiliar as ações médicas, ou seja, completar o Pronto-atendimento. Portanto, o trabalho da enfermagem se caracterizava como um trabalho auxiliar das atividades de Pronto-Atendimento.

O trabalho desenvolvido nas unidades era realizado de forma rápida, confusa, com diálogos monossilábicos e truncados e tinha um nível de tensão e insatisfação considerável, pelo lado dos trabalhadores. Os setores se articulavam no limite exato das necessidades do Pronto-Atendimento. Outras atividades auxiliares se desdobravam para sustentar este núcleo do trabalho desenvolvido:

municipalizadas, 4 destas 30 estão em processo e a referência secundária de especialidades e a de Saúde Mental ainda estão sob a responsabilidade do Estado. A rede de serviços de saúde do município ainda conta com outros equipamentos de saúde, tanto a nível hospitalar quanto ambulatorial ligados ao setor público estadual, privado e filantrópico.

*...de 1913 unidades ambulatoriais públicas existentes Pronto-Atendimento. Portanto o trabalho de enfermagem se caracterizava como um trabalho em 1985, o Estado (de São Paulo) passou a ter 2862 em 1989, aumentando em 4 anos, 50% da capacidade instalada do setor público de saúde 5. Ainda, o número de estabelecimentos de saúde sem interinação do nível municipal, passou de 370 em 1980 para 1084 (193%), em 1987.

** A lei autoriza o Município a celebrar convênio com o Estado de São Paulo por meio da Secretaria do Estado da Saúde, com interiniência do INAMPS, objetivando implementar a integração dos serviços de saúde que atuam no município, propiciando uma mudança qualitativa dos serviços e o fortalecimento no processo de municipalização 4. Desta forma, o Estado repassa verbas para o nível local, cabendo a este o gerenciamento da saúde no município.

*** No município nem todas as Unidades de Saúde estão

coleta de exames laboratoriais; curativos; aplicação de tratamentos como injeções, aerossóis, testes alérgicos; orientações sobre as prescrições e encaminhamentos a serviços de nível secundário. Portanto, o corpo anátomo-patológico na sua expressão (aparência) de queixas e problemas era o objeto de trabalho médico e de todos os outros trabalhadores da UBS.

As outras ações que seriam instrumentos de trabalho para alcançar a saúde coletiva, como visitas domiciliares, trabalhos educativos, atividades externas com grupos populacionais ou em instituições, vigilância sanitária e epidemiológica, eram realizadas pelas UBS de forma ainda incipiente.

O trabalho das várias categorias profissionais era pouco articulado, as tarefas visavam o imediatismo do Pronto-Atendimento: as enfermeiras organizavam a infra-estrutura material, pessoal e funcional para assegurá-lo. Coordenavam, controlavam e supervisionavam os vários setores e executavam atividades assistenciais mais complexas e atuavam junto à clientela para acomodá-la e encaixá-la para a consulta médica.

O projeto de Saúde Coletiva ficava mais distante ainda dos trabalhadores da saúde, como se não fosse tarefa também no cotidiano trabalho da saúde.

O Pronto-Atendimento, que vinha ocorrendo no processo de municipalização da saúde, não era o resultado exclusivo da decisão dos trabalhadores da saúde. Tem que ser entendido nas contraditórias relações sociais, da conjuntura econômica-política e social do país. Assim, nos primeiros anos da década de 80 temos a população (principalmente não previdenciária) necessitando de assistência médica e reivindicando este atendimento. Por outro lado, a Previdência Social passando por sua maior crise financeira e propondo as AIS, para a integração institucional dos serviços, e o repasse de verbas do atendimento ambulatorial da rede privada conveniada para o estado e município. Acrescenta-se a força hegemônica do modelo clínico e o fortalecimento da política neo-liberal no cenário econômico-social brasileiro. Esta conjuntura encaminha o setor saúde, principalmente o nível de atenção primária, para a

resolutividade de porta de entrada do sistema. Isto comandou a ampliação e diversificação da assistência médica individual, ou seja, as portas foram abertas para toda a população e as unidades passaram a ser equipadas com medicamentos e instrumental antes inexistentes como ultrassonografia, Raio X, exames laboratoriais e outros serviços especializados. A assistência médica individual, que era um dos instrumentos para alcançar a saúde coletiva, passou naquele momento, a ser a finalidade central da rede básica dos serviços de saúde.

3. A ENFERMEIRA NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E A INTRODUÇÃO DO GERENTE NA REDE BÁSICA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

No processo de municipalização em curso, vem se colocando a necessidade de uma instância integrativa no nível local, por referência à construção de um modelo de assistência à saúde calcado nos princípios que regem o Sistema Único de Saúde, na perspectiva da integração sanitária.

As enfermeiras que gradualmente vão sendo incorporadas à Secretaria Municipal de Saúde (passando de uma em 1983 para 135 em 1994, representando um crescimento da ordem de 13.500% num período de 11 anos), dirigiam, naquele momento, seu trabalho para a coordenação interna do trabalho nas UBS, de forma a possibilitar o atendimento médico. Às enfermeiras cabia a supervisão e acompanhamento de 2 até 4 unidades de saúde. À medida que outras profissionais vão sendo incorporadas, cada unidade passa a contar com uma enfermeira, inicialmente em um período (de 4 horas), e posteriormente cobrindo a unidade em toda sua extensão de funcionamento*.

Dessa forma, com o estabelecimento de um projeto prevendo a ampliação da assistência à saúde na rede básica que se instala no município, a enfermeira assume a coordenação do serviço de enfermagem e a organização das atividades meio.

* A Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, contrata profissionais de nível superior, apenas para jornadas de 4 horas diárias, sendo que as unidades de saúde, para cada jornada de 4 horas, contam com 1 enfermeira.

Inicia-se aqui o embrião das atividades de gerência local.

Em 1991, o documento formulado por um grupo de profissionais da Secretaria Municipal de Saúde*, preocupados com a questão das encarregadorias** das Unidades Básicas de Saúde, aponta que na base do sistema de saúde do município (UBS) encontra-se aproximadamente a metade do quadro de recursos humanos, e é onde se realiza a atividade fim, básica, da Secretaria Municipal de Saúde, ou seja, a assistência à saúde, sem contar, contudo, com uma estrutura gerencial sistematizada. Ainda, é assinalado que tal situação foi diagnosticada no Plano Diretor da SMS - 1990, identificando a falta de gerenciamento das UBS como um dos principais problemas.

Este mesmo documento aponta que, na prática, as enfermeiras vinham realizando uma série de atividades que caracterizariam *uma parte do gerenciamento* das unidades.

Desta forma, o gerenciamento local como se daria, qual a finalidade posta para o seu desenvolvimento, quais as necessidades que haveria de atender, quais os agentes responsáveis por seu desenvolvimento, que competências deveriam instrumentalizar este gerente, são questões não explicitadas nos documentos da Secretaria Municipal de Saúde produzidos nesse momento, e nem no cotidiano do trabalho nas Unidades Básicas de Saúde.

* Este documento foi formulado por um grupo de enfermeiras da Secretaria Municipal de Saúde, como síntese do trabalho realizado entre as enfermeiras desta instituição que vinham discutindo as funções dos encarregados das unidades de saúde no município.

** A encarregadoria é uma função prevista dentro da Secretaria Municipal de Saúde que se caracteriza pela execução de atividades de caráter de organização interna das unidades básicas (um trabalho que pode se caracterizar como de zeladoria). Em 2 unidades do município, vinham sendo desenvolvidas por auxiliares de enfermagem.

* *Quando se assinala as aspas no termo gerenciamento, isto se dá em função de que o gerenciamento local não se refere apenas à questão técnica, caracterizada pela garantia da funcionalidade interna da unidade, mas diz respeito a um momento do processo de trabalho desenvolvido na unidade e que se dá de forma articulada ao modo de produzir saúde (ao modelo assistencial vigente). Remete-se, portanto, à maneira como são produzidos os serviços de saúde, em um determinado espaço, em um determinado momento histórico, segundo diretrizes mais gerais articuladas à política de saúde.

Mesmo na ausência destas definições, as unidades de saúde vinham sendo *“gerenciadas”****, numa perspectiva de controle interno das atividades desenvolvidas, da resolução dos problemas mais imediatos que interferem no seu funcionamento favorecendo condições físicas e materiais para se processar o atendimento médico da demanda espontânea ao serviço. Ou seja, considerando-se o processo de trabalho desenvolvido nas Unidades Básicas, que apresenta características operatórias centradas, mais enfaticamente, no Pronto Atendimento (cuja finalidade seria dar vazão à demanda espontânea que chega às unidades), o *“gerenciamento”* parecia constituir o instrumento necessário à conformação do trabalho aí desenvolvido.

É importante ressaltar que, dentro da proposta de aprofundamento do processo de descentralização no município de Ribeirão Preto, vem se trabalhando na perspectiva de uma maior autonomia técnico-assistencial no nível local, de forma que se possa, a partir dessas realidades, identificar as necessidades de saúde que deverão ser atendidas pelos serviços de determinada área de abrangência.

Nesse sentido, caberia às unidades básicas não só o atendimento da demanda espontânea, mas a identificação do perfil de morbidade da clientela atendida, a caracterização do nível de vida e saúde, bem como o perfil demográfico da população da área de abrangência, a caracterização dos recursos institucionais da comunidade, a agilização dos conselhos locais de saúde vinculados às unidades de serviço****, a organização interna da unidade de forma a permitir a integração de ações de saúde de caráter individual e coletivo, possibilitando assim o atendimento, não só da demanda espontânea ao serviço, mas o estabelecimento de ações que visem à demanda potencial.

Isto certamente amplia o horizonte do trabalho da gerência local, uma vez que a unidade passaria a se relacionar para fora de seus muros, e portanto, não se restringindo mais a apenas garantir a

**** As Comissões Locais de Saúde constituem-se em uma das instâncias (já ao nível mais formal) de participação da comunidade prevista na Lei Orgânica do Município de Ribeirão Preto de 05 de Abril de 1990.

funcionalidade interna da mesma.

Até 1993, uma primeira barreira à concretização desse projeto, era a ausência na maioria das unidades, de um agente que fosse legal e formalmente responsável por possibilitar a “*unidade de trabalho*”.

Como as enfermeiras e os demais técnicos de nível superior desenvolvem uma jornada de 4 horas diárias de trabalho, as unidades de saúde contam (ainda hoje) com duas ou três enfermeiras (dependendo do período de funcionamento da unidade), sendo que em muitas unidades a enfermeira responsável por um período (p.ex. a enfermeira que trabalha no período da manhã, das 7 às 11 h) não consegue se articular àquela do período seguinte (que trabalha das 13 às 17 h), onde uma nova equipe médica-odontológica passa a desenvolver atividades assistenciais (uma vez que estes agentes também cumprem uma jornada de 4 horas diárias). Assim, apenas o pessoal de nível médio e elementar permanece o tempo todo na unidade, submetidos, muitas vezes, a orientações gerais bastante diversas sobre o trabalho a ser realizado.

A cada turno de trabalho era possível se deparar com orientações contraditórias, como por exemplo, em relação aos mecanismos de fluxo da clientela, controle de material de consumo e administração de recursos humanos, uma vez que não se tinha formalmente estabelecida qualquer estratégia de articulação entre o agente que, de alguma maneira, era “*responsável*” pela coordenação do trabalho na unidade, impossibilitando desta maneira uma “*unidade de trabalho*”.

O que ocorria era a existência de duas, três e até quatro (nas unidades com 12 ou 24 horas de funcionamento) unidades de saúde dentro de uma só, de forma que não se efetivava na unidade de saúde o que estamos denominando de “*unidade de trabalho*”.

Outro problema vivenciado, era (e é) a dificuldade de um trânsito adequado da comunicação entre os vários níveis do sistema, isto é, entre a equipe de trabalho dentro da unidade local, entre os níveis local, distrital e central, inviabilizando muitas vezes o fluxo de informações e de decisões necessárias aos diferentes níveis.

Em 1993, com a mudança do governo municipal e a proposta de avançar o processo de

municipalização na saúde, criou-se a possibilidade de aprofundar a discussão sobre o gerenciamento das unidades de saúde, de forma que em julho de 1993, inicia-se o processo de indicação de gerentes locais*.

É importante assinalar que o preenchimento ou criação do cargo de gerente ao nível da rede básica se acelera, principalmente, a partir da detecção das dificuldades no encaminhamento do trabalho central e distrital, bem como, de mudanças tecnológicas e políticas que começam a ser delineadas na rede básica de saúde (proposta de informatização da rede).

Ao assinalarmos dificuldades, nos referimos principalmente à presença de um hiato entre o nível distrital e o nível local, uma vez que apenas no nível distrital estaria concentrada a atividade gerencial, de forma que diretrizes gerais de trabalho não conseguiram se dispersar até a ponta do sistema, dificultando a implementação de diretrizes do nível central para a periferia, uma vez que inúmeras distorções acabariam por ocorrer até a ponta do sistema, fruto principalmente da inexistência de canais de comunicação eficientes. Tal situação dificultava, ou mesmo agudizava, problemas relativos à ausência de controle em relação a material (de consumo e permanente), medicamentos e atendimento prestado.

Desta forma, é elaborado um perfil mínimo deste agente que deveria ser um profissional de nível superior, com disponibilidade de uma jornada de 40 horas semanais e tendo de preferência

* Neste mesmo período um grupo de docentes do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, juntamente com profissionais da Secretaria Municipal de Saúde organizam um grupo de Trabalho/Pesquisa sobre Gerenciamento Local e Informatização em Saúde, que tem como objetivo assessorar a implantação da gerência e informatização nas unidades básicas de saúde; subsidiar tecnicamente as atividades de gerenciamento e informatização; contribuir na formação e desenvolvimento de recursos humanos em gerenciamento e informatização juntamente com o Programa de Educação Continuada da SMS; implementar e colaborar no desenvolvimento de pesquisas; subsidiar e colaborar no acompanhamento e avaliação das atividades de gerenciamento.

As estratégias que estão sendo utilizadas para alcançar estes objetivos são: cursos de capacitação para os gerentes com as temáticas sobre políticas de saúde, planejamento, instrumentos da gerência, trabalho em equipe, chefia e liderança; grupos de estudos sobre as questões gerenciais que é um fórum de discussão e reflexão; pesquisas operacionais para subsidiar o processo de condução do gerenciamento.

alguma formação em Saúde Pública, ou experiência anterior na função. Ainda são definidas suas atribuições e critérios para ascensão ao cargo. O delineamento das atribuições deste agente encaminha para uma atividade, principalmente, de articulação, ou seja, caberia ao gerente, a articulação interna da unidade de forma a possibilitar a *"unidade de trabalho"*. Ainda, apresenta forte componente da dimensão de controle do trabalho, da produtividade, bem como no que diz respeito aos trabalhadores (cumprimento da jornada de trabalho, resolução de impasses entre a equipe), material em geral (medicamentos, material de consumo, instalações), demandada clientela (no sentido de possibilitar o fluxo menos tumultuado desta na unidade, e amenizar os conflitos existentes entre esta e os trabalhadores da unidade).

Outro aspecto que é contemplado nas atribuições se refere ao trabalho junto às Comissões Locais de Saúde, cabendo ao gerente, juntamente com o nível distrital, sua implantação e implementação. Este aspecto é extremamente positivo, uma vez que abre espaço para uma prática que possibilite e incentive o controle social dos serviços de saúde. Contudo, na prática, este processo vem se dando com inúmeras dificuldades, o que o tem transformado em um processo institucional, ou seja, mais um mecanismo formal-legal, do que um processo de efetiva participação social.

Tem-se hoje no município a função gerencial sendo desenvolvida basicamente por três categorias profissionais: enfermeiros, médicos e dentistas.

4. LIMITES E AVANÇOS DA GERÊNCIA NA CONSTRUÇÃO DO SUS

No atual momento portanto vivencia-se, no município, um processo de implementação da gerência local, sendo este um processo em construção, onde no cotidiano do trabalho em saúde vão se delineando as possibilidades e limites da conformação deste trabalho.

Consideramos fundamental o olhar direcionado para estes limites, no sentido de tomá-los enquanto possibilidades que se colocam para o fazer e refazer da prática gerencial. Esta consideração parece-nos importante, uma vez que o trabalho gerencial é uma atividade meio, que ao mesmo tempo em que possibilita a transformação do processo de trabalho, é também passível de transformação, mediante as determinações que se fazem presentes no cotidiano das organizações de

saúde, ou seja, que se transforma frente à finalidade colocada para o trabalho.

Os princípios que o norteiam não são estáticos, neutros e absolutamente racionais, ou eminentemente técnicos, que se adequam/molham imediatamente à resolução dos problemas que se apresentam no processo de trabalho. A atividade gerencial é sim, extremamente dinâmica, dialética, onde as dimensões técnica, política e comunicativa estão em permanente articulação, exigindo constante reflexão/tomada de decisão por parte do agente executor da mesma. Entendemos que a gerência constitui um instrumento de trabalho, onde além destas dimensões, apresenta o componente da construção de cidadania.

Assim, podemos pontuar algumas questões que têm se colocado como limites do trabalho gerencial, e que ao mesmo tempo no tem impellido a refletir sobre possíveis estratégias para sua superação.

Nas unidades de saúde, nas quais a função gerencial é assumida por um profissional que não a enfermeira, vivenciamos a princípio um conflito por parte das enfermeiras, que se viam diante de um outro agente no processo de trabalho, desempenhando parte das funções que até então eram por elas desenvolvidas. Nesse momento, a reação da enfermeira é de ampla abdicação das atividades gerenciais, inclusive daquelas que lhe são privativas, como por exemplo a supervisão da equipe de enfermagem. Por outro lado, este gerente não tendo na sua formação (como é o caso do médico e dentista) o desenvolvimento de ações administrativas, muitas vezes tenta delegar à enfermeira a execução do controle do processo de trabalho, sem no entanto delegar a decisão e o poder.

À medida que se configuram estas relações, o gerente passa a ter a enfermeira como um aliado, ou então, como um agente ameaçador, que compete com ele pelo mesmo espaço de trabalho.

Uma das consequências mais imediatas deste conflito de papéis é o estabelecimento de relações entre a equipe de saúde com uma *"dupla linha de mando"*, alimentando ainda mais as contradições que se fazem presentes.

É, muitas vezes, nessa relação de desgaste, que o trabalho gerencial vem se construindo e gerando a necessidade do redirecionamento do trabalho da enfermeira.

Nas unidades em que a gerência cabe à enfermeira, este quadro não é muito diferente, acrescido de que, até então, o "controle" restrito ao pessoal de enfermagem amplia-se aos demais profissionais, gerando outras relações, como a de negação da "autoridade de gerente" da enfermeira. Assim, observa-se que outros agentes presentes no processo de trabalho (médicos e dentistas, principalmente), e que agora se encontram subordinados à autoridade administrativa da enfermeira como gerente, muitas vezes não reconhecem a capacidade dessa profissional em instâncias de linha de mando. Esta dificuldade é comum a todas as categorias profissionais que assumem o cargo de gerente, pelo fato de ser uma atribuição nova, e esta função ser tomada quase que exclusivamente enquanto controle da funcionalidade interna, pois o modelo de saúde privilegia a produtividade de ações médicas individuais e curativas.

Outra limitação surgida no processo, é que o gerente, a princípio, entende o papel gerencial norteado por questões extremamente técnicas, manifestando a necessidade de se elaborar um protocolo de normas padronizadas de condutas para diversas situações apresentadas, evidenciando-se a concepção da gerência permeada por princípios estáticos, neutros, absolutamente racionais e técnicos.

Assim, o repensar dessa concepção só tem sido possível no transcorrer da implementação do papel gerencial e no cotidiano do trabalho, quando esses agentes vêm constatando e refletindo sobre as dimensões deste trabalho, onde já é possível identificar que o controle interno das unidades de saúde é uma dimensão importante do trabalho gerencial, mas que por si só não resolve a complexidade, as contradições e as dimensões dos problemas apresentados na organização do trabalho, principalmente dentro da perspectiva de um modelo de saúde que vise a assistência integral e ações coletivas de saúde, dentro de uma realidade nova, que é o SUS.

Esta realidade, ainda se configura em um processo a ser construído, onde uma das estratégias que tem sido implementada é a consolidação dos distritos de saúde. Este pode ser

entendido como a estrutura descentralizada da administração municipal*, conceito que traz a idéia e a prática da diversidade e da possibilidade de equidade das ações de saúde, pensada enquanto igualdade possível em situações desiguais, uma vez que cada distrito irá apresentar características distintas em termos de população, indicadores de qualidade de vida e necessidades de saúde.

Assim, parece fundamental tentar uma compreensão da atividade gerencial nesse contexto, onde o lidar com a diversidade de situações que são colocadas no dia a dia das unidades locais de saúde se faz presente, exigindo dos agentes envolvidos nesse processo criatividade e compreensão de seu papel político como agente de mudanças e de construção da cidadania.

Assim tomada, a atividade gerencial necessita de mecanismos eficazes de comunicação, não só dentro da unidade local de saúde, mas entre os diversos níveis do sistema (local-distrital-central) e também com os equipamentos sociais da área de abrangência, de modo a se estabelecer uma articulação extra-muros, uma vez que a construção de um projeto de saúde coletiva, toma a saúde enquanto mais que o mero consumo de assistência médica, e a idéia de controle social, mais que a mera fiscalização das atividades desenvolvidas pela unidade local e pela população usuária dos serviços.

A comunicação eficaz, bem como a presença de um sistema de informação adequado às necessidades que se colocam para a organização dos serviços e ao processo de tomada de decisão, constituem-se em aspectos importantes, uma vez que à atividade gerencial, como já assinalado, estão inerentes as dimensões técnica, política, comunicativa e de desenvolvimento da cidadania.

À dimensão técnica, ligam-se os aspectos mais gerais e instrumentais do próprio trabalho, tais como o planejamento, coordenação, supervisão, controle e avaliação, no que diz respeito ao manejo de recursos humanos, físicos (equipamentos e instalações), adequados à finalidade que direciona o processo de trabalho. Compreendemos a dimensão política como a-quela que articula o trabalho gerencial ao projeto a ser

* Um conceito de distrito de saúde: a unidade operacional e administrativa mínima do Sistema de Saúde, definida com critérios territoriais, populacionais, epidemiológicos, administrativos e políticos, onde se localizam recursos de saúde públicos e privados, organizados através de 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 [...].²

empreendido, e a dimensão comunicativa, como o caráter de negociação presente no lidar as relações de trabalho na equipe de saúde, e nas relações da unidade com a comunidade. O que estamos denominando de desenvolvimento da cidadania implica em tomar a gerência como uma atividade que contém uma, e está contida numa perspectiva de emancipação dos sujeitos sociais, quer sejam eles os agentes presentes no processo de trabalho, como os clientes que se utilizam dos serviços de saúde.

Portanto, nossa referência é compreender a gerência enquanto um processo aberto e re-pleto de possibilidades, não no sentido da idealização, mas na tentativa de criação coletiva, uma vez que consideramos que os avanços possíveis para a

atividade gerencial dentro do processo de trabalho em saúde se dá à medida em que a mesma não é isolada, mas alicerçada no trabalho em equipe, centrada no trabalho multidisciplinar.

Esta forma de tomar a gerência possibilita ampliar o horizonte de alternativas inerentes a este trabalho, evidenciando-se sua ação no fortalecimento do SUS, num movimento constante de criação e recriação, uma vez que não se tem modelos prontos para sua operacionalização.

Finalizando, gostaríamos de trazer uma citação de VILAÇA, onde o autor diz que *...não haverá reforma sanitária se não houver uma mudança de cada uma das pessoas comuns e correntes que trabalham nos serviços de saúde.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ALMEIDA, M.C.P. O trabalho de enfermagem na rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto. 1990, 297 p. Tese [livre docência] Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1990.
- 2 - MISICZKY, Maria Ceci. Distrito Sanitário: desafio de descentralizar com democracia. Saúde em Debate, nº 33, p.54-60, dez, 1991.
- 3 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO. Lei nº.4476 de 26/4/84.
- 4 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO. Lei nº 5.194 de 27 de novembro de 1987.
- 5 - TANAKA, Oswaldo Y. et al. A municipalização dos serviços de saúde do Estado de São Paulo. Saúde em Debate, nº 33, p.73-79, dez., 1993
- 6- VILAÇA MENDES, Eugênio (org) Distrito Sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. SP-RJ, HUCITEC-ABRASCO, 1993.

Recebido para publicação em 20/8/94.