

Competências gerenciais para unidades básicas do Sistema Único de Saúde

Management competencies for basic units of the Health Care System

Avilmar Santos Ferreira ¹

Abstract *The decentralization process of the Health Care System presents a claim for management capacity that the presents managers are not equipped. Consequently, it is observed in the practice of these managements improviser forms in conducting such huge social programmes, for there is no an autonomous management sure of the capacity to cope with groups of the community, entities of different sections and with different instances of organization social power, through a process of negociation. The claim for management capacity in public health services is increasing as a consequence of several factors. The decentralization process of health services has been an important contribution in this way, and it represents the multiplication of points of the system where there must have an equation thad shows what and how to do, to make decisions, to guide process of production and evaluate the results. The proposal of development of manager capacity for the health units, comprised in this article, has the aim to constitute in an instrument of backing toward the reorganization of the health services, attesting that the health units are part of a whole governmental steps whose common point is to have in its initial point, the political decision to care about the community needs, among them the necessity of health, in a universal way, equanimous and of good quality.*

Key words *Management, Acessibility, Evaluation, Reorganisation*

Resumo *O processo de descentralização do Sistema Único de Saúde requer uma capacidade gerencial para a qual os atuais gestores não estão qualificados. Devido à inexistência de uma gerência autônoma, capaz de interagir com grupos da comunidade e entidades governamentais, observamos formas improvisadas de se conduzir programas sociais de envergadura, o que vem impondo cada vez mais a capacitação de recursos humanos para os serviços de saúde. O processo de descentralização dos serviços de saúde tem demonstrado esta necessidade, ao considerarmos a multiplicação de pontos desses serviços em que há que se equacionar o quê e o como fazer, tomar decisões, orientar processos de produção e avaliar resultados. A nossa proposta neste artigo é apresentar para o gestor de Unidades Básicas de Saúde uma metodologia para a sua reorganização, com vistas a atingir parte de um conjunto de medidas governamentais, cujo ponto comum é ter, na sua origem, a decisão política de oferecer atendimento às necessidades da comunidade, dentre elas as de saúde, de forma universal, equânime e de boa qualidade.*

Palavras-chave *Gestão, Acessibilidade, Avaliação, Reorganização*

¹ Ecole de Santé Publique, Faculte de Medicine, Université de Liège. Domaine du Sart Tilman, Bâtiment B23, B-4000 Liège, Belgique. avilmar@terra.com.br

O gerenciamento em unidades de saúde

A oferta de bens e serviços de saúde no mundo moderno se constitui em uma das mais complexas e árduas tarefas. São valores cuja aspiração de consumo é totalmente elástica e imponderável. Por outro lado, há evidentes limitações da capacidade de produzir tais bens e serviços na proporção da demanda, em virtude de diversos fatores. Muitas limitações são toleravelmente aceitas, como, por exemplo, as barreiras tecnológicas ou a finitude dos recursos financeiros. Contudo, há hoje um fator cada vez mais importante na limitação do acesso aos serviços de saúde, cujo reconhecimento vem se tornando progressivamente insuportável: a baixa capacidade gerencial (Santana, 1997).

Há uma premente necessidade de se ampliarem os recursos para a saúde. Os argumentos levantados e que vão contra a entrega de mais recursos para esse setor se baseiam no princípio de que esta atividade apresenta graus de desperdício inadmissíveis relacionados à baixa capacidade gerencial das pessoas que operam as ações do referido setor. Não é difícil reconhecer que a gerência dos serviços de saúde padece de mazelas que não podem mais ser toleradas.

O Sistema Único de Saúde (SUS), formado pelo conjunto de todas as instituições públicas, federais, estaduais e municipais, pelas fundações mantidas pelo poder público e demais unidades privadas admitidas, de forma complementar, tem por objetivo universalizar, de maneira equânime e gratuito, os serviços de saúde para a população brasileira. Para tanto, esse sistema comporta dois grandes grupos de funções gerenciais: uma desenvolvida nas unidades de produção de serviços e outra, nas instâncias de comando e coordenação de âmbito institucional, em cada esfera de governo (Cohn, e Elias, 1994).

A capacitação de recursos humanos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), para o exercício de funções gerenciais, vem se defasando ao longo dos anos. Esta realidade pode ser observada nas instâncias superiores de comando político-administrativo dessas Unidades. No Brasil, contamos, atualmente, com diversos cursos em funcionamento em nível de especialização, nos quais é dado um enfoque muito grande à administração hospitalar. No entanto, os planejadores desses cursos não buscam desenvolver projetos de capacitação de recursos humanos para a gestão das UBS, que desenvol-

vem atividades voltadas para a saúde da família, trabalhando com a prevenção, promoção e recuperação da saúde da comunidade.

É consenso, entre os vários profissionais que administram as UBS, a necessidade de capacitação de recursos humanos para a função gerencial. Para tanto, os gestores estaduais e municipais devem se esforçar em desenvolver, no âmbito das suas secretarias, cursos para a formação de gerentes de UBS em suas respectivas áreas de atuação.

A estratégia a ser desenvolvida durante a capacitação de recursos humanos para o gerenciamento de UBS deverá se desdobrar inicialmente na preparação ou contratação de pessoal técnico que ministrará tais cursos. Em um segundo momento, e após a realização do treinamento, deverá ser realizada a avaliação dos profissionais que foram capacitados, no intuito de ajustar a programação básica às necessidades da clientela e às condições do ambiente institucional.

O curso de capacitação dos recursos humanos das UBS deverá contemplar aspectos que englobem a avaliação do sistema local de saúde, a reorganização dos seus serviços e a operação dessas Unidades. Deve-se observar que o material utilizado durante esses cursos não se constituirá uma “cartilha” para essas Unidades, mas sim uma norma geral a ser seguida, flexível e adaptável na medida em que as situações internas e externas adversas assim o exigirem.

A acessibilidade nos serviços de saúde

O processo de reestruturação do setor de saúde tem como desafio a implementação de mudanças que permitam enfrentar, de forma urgente e eficaz, a situação de saúde atualmente observada no país, sem perder de vista o fato de que tal situação é resultado das condições gerais de vida da população, o que limita e subordina as ações setoriais no contexto mais amplo.

Assim, a identificação e implementação de diretrizes que caracterizam mudanças no modelo assistencial, não somente em nível de correções técnicas ou administrativas, mas que visem à alteração do modo de produção de serviços de saúde, tornam-se questão central no processo.

Nesse contexto, é fundamental o desenvolvimento de mecanismos que tenham como objetivo traduzir os princípios e as diretrizes fundamentais para a implantação de um sistema

de saúde universal, integral e unânime a toda a população, transformando em práticas institucionais efetivas o direito à saúde.

É com essa perspectiva política de mudança, tanto no nível do setor quanto na realidade de saúde da população, que a atividade de avaliação ganha nova dimensão e importância. A avaliação deve se constituir em um instrumento fundamental para a gerência, ágil e facilitador das mudanças pretendidas que, incorporado sistematicamente aos serviços, revelará se as atividades desenvolvidas, no seu âmbito, são adequadas e compatíveis em relação à realidade sanitária local e qual o seu impacto sobre o nível de saúde da população.

Se avaliar é atribuir valor, é determinar se as coisas são boas ou más, nem sempre se encontram suficientemente estabelecidos os critérios pelos quais se determina este valor e tampouco os objetivos que serão valorizados. A avaliação deve ser imparcial e dotada de uma suposta neutralidade técnica, buscando incorporar em seus resultados a visão de mundo daqueles que a produzem. Desconsiderar essas questões pode tornar a atividade avaliativa um mero ritual, que até reúne eventualmente significativa quantidade de dados e tabelas, mas que em nada contribui para a compreensão dos impactos porventura existentes ou resultados não esperados.

Horwitz (1973) ao se referir ao processo de avaliação nos países em desenvolvimento afirma: *“Não avaliamos porque a informação básica e a programação, que é a sua conseqüência, são deficientes. A definição dos objetivos nem sempre é precisa, de maneira que sua medição periódica conduz predominantemente a interpretações subjetivas.”*

É preciso reconhecer que, na realidade brasileira, é bastante recente e incipiente a estruturação das informações no setor saúde, que ainda carecem de confiabilidade em sua maior parte.

Por outro lado, é possível, no atual contexto, associar o desenvolvimento limitado da avaliação à existência de dificuldades em desenhar um modelo prático, que minimize a distância entre os conceitos e teorias e sua aplicação operacional. A perspectiva de superação dessas dificuldades deve estar presente no processo de elaboração de um sistema de indicadores, que deve ser entendido como um instrumento e não como um objetivo em si.

Um indicador pode ser definido como sendo uma característica, ou conjunto de caracte-

rísticas, empiricamente observáveis ou calculáveis, através do qual se busca identificar um fenômeno dado, sendo que a confiabilidade teórica do indicador depende do seu grau de pertinência ou sensibilidade, de especificidade e de precisão.

Assim, a incorporação da prática de avaliação bem como a construção de indicadores cumprem os objetivos básicos de subsidiar o planejamento e instrumentalizar a gerência dos serviços de saúde.

Entendendo a avaliação como um processo contínuo, deve-se adotar um modelo que guarde coerência com o planejamento e a programação dos serviços de saúde, o que permitirá o acompanhamento dos problemas, e facilitará o processo de tomada de decisão, visando ao seu enfrentamento.

Para operacionalizar o processo avaliativo, podemos tomar como eixo de análise o estudo da acessibilidade, por meio do qual poderemos verificar a relação entre as necessidades e aspirações da população em termos de “ações de saúde” e a oferta de recursos para satisfazê-las.

Numa compreensão ampliada, acessibilidade pode ser definida como o grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde.

Entendida como um dos componentes do processo de avaliação, a acessibilidade resulta de uma combinação de fatores de distintas dimensões, que podem ser classificados como de ordem geográfica, organizacional, sociocultural e econômica.

No que se refere ao estudo da acessibilidade em seu sentido mais restrito, visando determinar o grau de ajuste entre as características de uma determinada UBS, observa-se que o principal entrave à sua análise encontra-se na forma de organização dos serviços de saúde. Apesar dessas dificuldades, qualquer definição de um sistema de assistência à saúde deve considerar as dimensões da acessibilidade a fim de que os avanços teóricos, relativos à organização setorial, se transformem em práticas no interior dos serviços.

A integralidade das ações de saúde é uma conseqüência da acessibilidade aos seus serviços. A questão da integralidade representa, hoje, o maior desafio nas práticas em saúde, não como questão institucional ou política, já que integrar nessas esferas não é exatamente algo novo, mas como desafio cultural, para romper com formas cristalizadas de se entenderem e

realizarem ações técnicas e que conformam padrões de intervenção médica ou em saúde já tornados tradição.

A questão da integralidade remete, sem dúvida, a uma antiga problemática da saúde: o trabalho em equipe. Duas importantes contribuições passam a reestruturar a questão da equipe de forma nova: a de que as ações técnicas não são apenas a realização de um produto no trabalho cotidiano mas, também, trocas intersubjetivas e de comunicação; e a de que as ações técnicas não são só dependentes do conhecimento e dos setores específicos, mas são momentos de interação entre profissionais na aplicação de disciplinas científicas. A integralidade não se resume, pois, a uma interdisciplinaridade, e esta não é a mesma coisa que trabalho em equipe, o qual deve conter a comunicação interprofissional.

Ao trazeremos a dimensão interativa para o interior das ações como questão da integralidade em saúde, a proposição termina por revitalizar a esfera política, a gerência dos serviços e os seus próprios modelos de gestão. A interação, como problema, remete imediatamente à discussão ética das ações propostas, e permite refletir criticamente sobre a política e seu caráter público, bem como sobre as organizações projetadas e a legitimidade das normatizações que portam.

Avaliação em saúde: conceitos e métodos para a construção de tipologias

As avaliações em saúde, ao se constituírem em uma área ainda em construção conceitual e metodológica, podem ser encontradas na literatura de forma muito diversificada. Os critérios apresentados neste artigo, para fins de avaliação, foram selecionados a partir daqueles mencionados na literatura (Aguilar & Ander-Egg, 1994; Hartz, 1997; Stenzel, 1996; Patton, 1997) e discutidos em reuniões científicas. Esses critérios são os seguintes:

- Objetivo da avaliação: priorização das condições de produção do conhecimento ou das condições de utilização do conhecimento (tomadas de decisão, aprimoramentos na gestão).
- Posição do avaliador: externo ou interno, por referência ao objeto avaliado.
- Enfoque priorizado: interno, de caracterização/compreensão de um contexto; ou externo, de quantificação/comparação de impactos de intervenções.

- Metodologia predominante: quantitativa ou qualitativa, situacional ou experimental/quase experimental.
- Contexto da avaliação: controlado ou natural.
- Forma de utilização da informação produzida: demonstração/comprovação ou informação, instrumentalização.
- Tipo de juízo formulado: comprovação/negação de hipóteses, recomendações ou normas.
- Temporalidade da avaliação: pontual, corrente, contínua.

Para cada uma dessas variáveis, podem ser formuladas características alternativas que devem, no entanto, ser compreendidas como representando formas dominantes, mas não exclusivas, pela própria complexidade do objeto.

Ainda que seja possível observar alguma variação nas combinações entre as características observadas para os critérios, de um modo geral, a adoção de uma posição para um critério coloca-se como condicionante para o enquadramento nos demais. Nesse sentido, é possível identificar quatro grandes tipos de avaliação a partir da combinação entre as alternativas colocadas para cada critério: pesquisa de avaliação, investigação avaliativa, avaliação para decisão e avaliação para gestão.

Na pesquisa de avaliação, o objetivo principal ou prioritário para o seu desenvolvimento é a produção de um conhecimento que seja reconhecido como tal pela comunidade científica, ao qual está vinculado, conhecimento que servirá como fator orientador de decisão quando se colocarem questões como viabilidade, disponibilidade de tempo e de recursos e demandas externas à pesquisa (Greene, 1994; Mohr, 1995; Minayo, 1992; Rossi e Freeman, 1993).

As principais questões que orientam as pesquisas de avaliação, ou seja, o enfoque priorizado para a formulação dos objetivos a serem atingidos, dizem respeito preponderantemente à identificação de impactos obtidos pelas ações a serem avaliadas.

Ainda que passível de ser instalado de forma mais direta, ou mais mediatizada, o estabelecimento de nexos entre uma ação, ou ações, e determinadas alterações observadas na realidade (indivíduos, populações, práticas, ambiente etc.) orienta fortemente as questões formuladas. Ou seja, pode se considerar como característica importante nas pesquisas de avaliação a identificação de relações de causalidade, ainda que as concepções que as orientam possam ser

diversificadas (positivistas, “verificacionistas”, complexas e outras) (Rothman, 1988; Chen, 1990).

A metodologia – ou seja, as formas propostas para a aproximação e a apreensão do objeto – dominante nas pesquisas de avaliação ainda é a de natureza quantitativa, mas com crescente participação das formas de natureza qualitativa, ambas, porém orientadas para a busca da objetividade e de uma possibilidade de generalização do observado. Isso implica o estabelecimento de um certo controle sobre o contexto em que se desenvolve a pesquisa e a proposição de desenhos gerais metodológicos experimentais ou, mais freqüentemente, quase-experimentais (buscando alcançar um equilíbrio satisfatório entre o controle da subjetividade e a garantia de uma objetividade, a artificialidade, a viabilidade e a ética, dilemas sempre presentes nas investigações de um modo geral, e principalmente nas de avaliação) (Miles e Huberman, 1994; Silva e Formigli, 1994; Patton, 1997).

Diante dessas condicionantes, a informação produzida, que se deseja ser um conhecimento, deverá ser utilizada para a demonstração dos pressupostos iniciais que orientaram todo o processo, e o juízo formulado como resultado das pesquisas de avaliação estará relacionado a esses mesmos pressupostos ou hipóteses.

Quanto à temporalidade dessas investigações, considerando-se que, em geral, elas têm por objetivo responder a questões cuja necessidade de resposta, ainda que genericamente previsível, não foi planejada com antecedência, no que se refere ao momento e às formulações específicas, e dado o seu elevado custo, são elas habitualmente de natureza pontual, podendo eventualmente ser replicadas, temporal ou espacialmente, para efeito comparativo.

Na avaliação para a decisão, o objetivo dominante é ela se constituir em um elemento efetivamente capaz de participar de processos de tomada de decisão, ou seja, que produza respostas para questões apresentadas por aqueles que vivenciam o objeto avaliado, sendo esta capacidade mais importante, se a escolha se fizer necessária, do que o cientificismo do conhecimento produzido. Sendo assim, o avaliador interno passa a ter uma posição decisiva no desenrolar do processo, ainda que avaliadores externos geralmente também façam parte da equipe coordenadora da avaliação.

E o enfoque priorizado, aquele que orienta os principais objetivos, é o do reconhecimento do objeto, na profundidade necessária para a

sua adequada compreensão, identificação dos problemas e alternativas de equacionamento possíveis (Guba e Lincoln, 1989; Greene, 1994). Tendo em vista a natureza complexa dos objetos colocados para essas avaliações, são utilizadas metodologias de natureza qualitativa e quantitativa, de natureza situacional, com desenhos relativamente abertos e específicos para cada tipo de aproximação e apreensão da realidade buscada (como, por exemplo, os estudos de caso), em um contexto que se deseja manter natural e cujos resultados deverão ser articulados no momento da análise geral, ao se tomar por referência uma teoria geral que permita a sua integração (Chen, 1990).

Esses resultados constituem informações geralmente reconhecidas como mais bem construídas, mais sistematizadas, do que aquelas inicialmente disponíveis sobre o objeto avaliado, mas cujo valor final não é intrínseco e será medido por sua capacidade de se transformar em recomendações positivas, isso é, capazes de contribuir para a solução dos problemas identificados (pelos demandantes da avaliação, ou identificados ao longo do processo) (Patton, 1997). Esse tipo de avaliação, ainda que realizado pontualmente, i. e., como processo especialmente desenvolvido para esse fim, é de natureza corrente, dado que geralmente previsto para acontecer quando da proposição e implantação do objeto avaliado.

A avaliação para gestão tem como objetivo principal a produção da informação que contribua para o aprimoramento do objeto avaliado. Não se trata da busca de fundamentos ou justificativas nem redirecionamentos, mas o melhoramento de uma condição dada. Nessa medida, a presença do avaliador interno é condição necessária e é nos seus termos que se dá a participação do avaliador externo, geralmente presente.

Reorganização de serviços de saúde

O pensamento estratégico aplicado ao planejamento em saúde surgiu no final da década de 1970, como uma forma de superar os problemas inerentes à formulação normativa de planos.

No final dessa década e início dos anos 80, assistiu-se, na área de saúde, ao surgimento de um modo diferente de encarar o planejamento, como resultado, dentre outras causas determinadas, das críticas e fracassos que se acumulava-

ram sobre a visão normativa, propugnada até então.

O novo paradigma surge, no âmbito do planejamento, numa conjuntura de substituições dos regimes burocráticos-autoritários por novos governos que têm aspirações e compromissos com a redemocratização de seus países.

O paradigma estratégico estrutura-se principalmente em função das premissas enumeradas. A partir do tratamento particularizado dado a estas mesmas premissas surgem, na área de saúde, duas vertentes básicas do enfoque estratégico: o pensamento estratégico de Mário Testa e o planejamento situacional de Matus (1987).

Testa *et al.* (1988) chega à formulação do pensamento estratégico depois de percorrer um longo caminho que tem início com os trabalhos que dão origem ao método CENDES/OPAS (1962). O método CENDES foi concebido entre os anos de 1962 e 1963 e surgiu como resposta às demandas discutidas na Reunião de Punta Del Leste, Uruguai, em agosto de 1961, quanto à formulação de planos integrados de desenvolvimento econômico e social, como condição para a realização de investimentos externos que, dentro da visão desenvolvimentista, permitiram aos países subdesenvolvidos, hoje denominados em desenvolvimento, percorrer as diversas etapas supostamente já percorridas pelos países que alcançaram sua maturidade econômica e social, nesta ordem.

Para Testa (1988), o centro da problemática estratégica é o poder. Não qualquer poder, mas sim o que é, ou pode ser, exercido na *ação consciente do povo que luta por sua liberdade*. Nesse sentido, Testa (1988) defende que o poder deve ser uma estrutura comunicativa que devolva ao povo as ferramentas científicas necessárias à sua libertação.

A partir desta concepção básica, que norteia sua ação e sua reflexão, Testa (1988) constrói um modo de pensar que reconhece o Estado como a arena onde se estabelece e se dirime o conflito entre forças sociais e entre frações de classe que lutam pela hegemonia. Assim, nas sociedades modernas encontram-se *espaços sócio-virtuais que podem converter-se em espaços reais de luta política*. A concretização desta afirmação encontra-se na “democratização formal que postulam os países capitalistas democráticos”.

Segundo Testa (1988), no processo de planejamento, não se deve construir uma imagem-objetivo. Deve-se procurar iniciar um processo de conteúdo transformador no terreno

da saúde (política setorial) e cujo universo só pode ser a estratégia global que, abarcando o conjunto do social, condiciona e determina o global.

O planejamento estratégico é abordado criativa e originalmente pelo economista chileno Matus (1987). A preocupação central que orienta o pensamento de Matus (1987) surge da sua constatação da crise de governabilidade que assola os governos latino-americanos. Portanto, sua reflexão e conseqüente proposta para a ação centram-se na necessidade de aumentar a capacidade de governar. Neste sentido, o planejamento é entendido como um instrumento a serviço da libertação dos seres humanos, já que favorece a intenção de submeter os acontecimentos e seu curso à vontade dos homens, não permitindo que os mesmos sejam conduzidos e procurando que se transformem em condutores.

A busca da governabilidade poderá ser uma das soluções para baixa capacidade gerencial nas Unidades Básicas de Saúde (Santana, 1997). Não se deve também perder de vista que a questão da governabilidade, nos países em desenvolvimento, traz reflexos negativos para o planejamento e a avaliação dos serviços de saúde, pois, conforme Horwitz (1973), nessas instâncias de governos, a avaliação reflexiva não ocorre porque a informação básica é deficiente e sem definições de objetivos, o que conduz o avaliador a interpretações subjetivas.

Se não encontrarmos elementos concretos para a produção da atividade avaliativa, o planejamento será, por origem da informação, inócuo. A grande conseqüência de um planejamento não calcado em sólidas fontes de informações é o não desenvolvimento de vínculos e práticas que garantam a acessibilidade aos serviços de saúde, o que pode levar ao rompimento da integralidade desses serviços com a rede assistencial.

A questão da integralidade ainda representa o maior desafio nas práticas em saúde, constituindo-se em grande desafio cultural. Nos serviços de saúde, a integralidade será um dos grandes acontecimentos responsáveis pelo rompimento de formas cristalizadas de se entenderem e realizarem ações técnicas relativas a padrões de intervenção médica.

Em decorrência das questões anteriormente apresentadas, surgem, segundo nosso entendimento, duas aproximações estratégicas que se estabelecem em diferentes planos da realidade. Na que denominamos pensamento estraté-

gico, Testa (1988) aborda o problema em seus aspectos estruturais, localizando nas questões relativas ao poder, o ponto de partida de sua construção epistemológica.

Já o planejamento situacional busca espaço no mundo das determinações fenomênicas de segunda instância, como mediadoras das regras essenciais e do mundo dos epifenômenos. Refere-se ao governo, não como área de construção do poder societário, mas como instituição. Sua preocupação principal é dotar de cientificidade o processo decisório, objetivo que conduz a supervalorização do papel da ciência no espaço político, resultando, ao menos aparentemente, na subordinação do político ao metodológico. Isto possibilita, ao menos em teoria, uma certa manipulação da realidade, o que debilita o nível inovador e questionador da proposta.

Para a atividade de reorganização de serviços de saúde, devem ser identificadas e analisadas as diferentes racionalidades subjacentes às práticas de saúde, os elementos do processo de trabalho (objetos, meios e trabalho) inerentes a cada uma delas, visando à reorganização dessas práticas nas Unidades de Saúde.

Para tanto, as ações do planejador deverão contemplar os seguintes aspectos:

- Contextualização histórica das unidades, tendo por base as análises realizadas na etapa anterior;
- Definição da base territorial das Unidades;
- Identificação e descrição dos problemas de gestão dos serviços de saúde na base territorial das Unidades;
- Explicações para os problemas identificados;
- Identificação, a partir da explicação dos problemas, nos nós críticos (pontos de estrangulamento) para seu enfrentamento;
- Desenvolvimento de ações, atividades e projetos capazes de produzir impacto para implementação das operações;
- Análise do processo de trabalho nas Unidades visando à reorganização de suas práticas, de forma a alcançar os objetivos decorrentes do processo de programação.

Para esta fase do diagnóstico das unidades de saúde, deveremos ter em mãos o histórico dessas unidades, o perfil epidemiológico da população residente, a abrangência e o alcance da cobertura das suas ações, o seu impacto na população e a racionalidade da organização dos serviços, já anteriormente levantados, quando do desenvolvimento do processo da avaliação.

A discussão, agora, deverá se centrar nas principais dificuldades de implementação das medidas que maximizarão a atuação das unidades de saúde. A discussão deverá, em linhas gerais, contemplar as deficiências verificadas nos recursos humanos, financeiros, material, tecnológico, de gerência e outros.

Não se deve deixar de discutir a inadequação do sistema de informação no processo de tomada de decisão, insipiência do processo de programação local, ou seja, caráter descontínuo e pontual, atuação desvinculada dos problemas de saúde da população, atendimento à demanda espontânea e a inadequação do processo de trabalho na perspectiva de enfrentamento dos problemas, de forma a causar impacto sobre a situação de saúde da população. Esses aspectos estão bem presentes no pensamento de Horwitz (1973), ao se referenciar à avaliação de serviços de saúde em países em desenvolvimento.

A partir desse momento, os serviços de saúde poderão ser organizados pelo princípio da base territorial. Para tanto, estas discussões deverão conduzir aos seguintes questionamentos: Para que se organizar os serviços de saúde, a partir de uma base territorial? O que os gestores desses serviços entendem por base territorial?

Além desses questionamentos, ao reorganizarmos os serviços de saúde devemos ter em mente que, conforme o que nos ensina Cohn e Elias (1994), esse sistema comporta dois grandes grupos de funções gerenciais. A primeira é aquela desenvolvida nas unidades de produção de serviços, e a segunda é a verificada nas instâncias de comando e coordenação de âmbito institucional em cada esfera de governo.

O estabelecimento de base territorial é fundamental para a administração dos serviços locais de saúde, pois ele caracteriza a população e os seus problemas de saúde, viabiliza o processo de programação local, dimensiona o impacto das ações sobre os níveis da saúde e cria vínculos de responsabilidade das unidades para com a população adscrita. A base territorial é um espaço em permanente construção pois este é produto de uma constante dinâmica social.

De posse dessas conclusões, poderemos então definir, para as UBS, a sua base territorial. Nos critérios a serem adotados para a definição desta base deverão ser levados em conta o relacionamento dessas Unidades com as suas respectivas unidades censitárias, limites jurídico-administrativo, barreiras geográficas, ocupação

do espaço pela comunidade e os fluxos espontâneos ou habituais da população.

A partir então de uma nova forma de se administrar essas unidades de saúde, a análise das atuais práticas gerenciais, com ênfase na capacidade de negociação na condução do processo de trabalho e no controle dos resultados do processo produtivo, deverá assegurar a operação dessas unidades, tendo como principal enfoque a melhoria contínua da qualidade da prestação de serviço.

Na prática de gerenciar os serviços das unidades, o gestor não deverá se distanciar da negociação, a qual deverá ser tida como um ins-

trumento de gerência a serviço da sua Unidade. A implementação desta prática resultará na construção de viabilidades que permitirão a realização das metas programadas para as unidades de saúde.

As formas de condução do processo de trabalho e de controle de resultados do processo produtivo deverão ser analisados sob o enfoque da gerência tradicional e da gerência flexível, de maneira que essas práticas conduzam à melhoria contínua da qualidade na prestação de serviços oferecidos pelas UBS. Este é, sem dúvida, um percurso longo e árduo, mas, reconheça-se, muito compensador profissionalmente.

Referências bibliográficas

- Aguilar MJ & Ander-Egg E 1994. *Avaliação de serviços e programas sociais*. Vozes, Petrópolis.
- Chen HT 1990. *Theory-driven evaluations*. Sage Publications, Newbury Park.
- Cohn A & Elias P 1994. *Descentralização, saúde e cidadania*. Lua Nova, São Paulo.
- Greene JC 1994. Qualitative program evaluation: practice and promise, pp. 531-544. In NK Denzin & YS Lincoln (eds.). *Handbook of qualitative research*. Sage Publications, Thousand Oaks.
- Guba EG & Lincoln YS 1989. *Fourth generation evaluation*. Sage Publications, Newbury Park.
- Hartz ZMA (org.) 1997. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Horwitz A 1973. *Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care*. Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- Matus C 1987. *Política, planificación y gobierno*. Caracas. 1987. (Minuta, documento inédito).
- Miles MB & Huberman AM 1994. *Qualitative data analysis*. Sage Publications, Thousand Oaks.
- Minayo MCS 1992. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro.
- Mohr LB 1995. *Impact analysis for program evaluation*. Sage Publications, Thousand Oaks.
- OPAS 1973. *Planificación de salud en América Latina*. Washington, D.C.
- OPAS 1965. *Programación de la salud: problemas conceptuales y metodológicos*. Washington, D.C.
- OPAS 1980. *Salud para todos en el año 2000; estrategias*. Washington, D.C.
- Patton MQ 1997. *Utilization-focused evaluation*. Sage Publications, Thousand Oaks.
- Rossi PH & Freeman HE 1993. *Evaluation: a systematic approach*. Sage Publications, Thousand Oaks.
- Rothman K 1988. *Causal inference*. Epidemiology Resources, Chestnut Hill.
- Santana JP (org.) 1997. *Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Organização Pan-Americana de Saúde, OPAS, Brasília.
- Silva LMV & Formigli VLA 1994. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*. 10(1):80-91.
- Stenzel ACB 1996. *A temática da avaliação no campo de saúde coletiva: uma bibliografia comentada*. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Testa M et al. 1988. *Sanità e risorse: un sistema di indicatori*. Franco Angeli.

Artigo apresentado em 26/6/2003

Aprovado em 2/12/2003

Versão final apresentada em 12/12/2003