

PERCEPÇÃO DE GERENTES SOBRE A ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVA

THE PERCEPTION OF HEALTH MANAGERS REGARDING COLLECTIVE HEALTH ASSISTANCE

QUE PERCEPCIÓN TIENEN LOS GERENTES SOBRE LA ASISTENCIA A LA SALUD
COLECTIVA

Helena Eri Shimizu¹
Erlita Rodrigues Santos²

RESUMO: Este estudo tem como objetivo conhecer a percepção de gestores e gerentes dos serviços de saúde sobre a assistência à saúde coletiva no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal (DF). Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas com gestores e gerentes da Regional Norte de Saúde do Distrito Federal. Conclui-se que a implantação dos princípios do SUS ainda é um desafio a ser enfrentado, tanto pela comunidade como pelos profissionais de saúde, que precisam unir esforços para encontrar estratégias que redirecionem a assistência à saúde coletiva.

PALAVRAS- CHAVE: saúde coletiva, Sistema Único de Saúde, gestão de serviços de saúde

ABSTRACT: This study aims at identifying the perception of managers and administrators of health care services, concerning the health care provided by the public health sector within SUS in the Federal District. This is a qualitative research in which the data was obtained through semi-structured interviews with health management professionals. It was concluded that the implementation of guidelines developed by the SUS still represents a challenge for the community and health care workers alike. In short, these two entities must coordinate their efforts in order to implement strategies designed at improving the health service provided to population.

KEYWORDS: health care services, management health services, public health service

RESUMEN : Este estudio tiene como objetivo saber qué saben los gestores y gerentes de los servicios de salud sobre la asistencia a la salud colectiva dentro del contexto del Sistema Único de Salud(SUS) en el Distrito Federal(DF). Se trata de una investigación calitativa que se realizó mediante entrevistas semiestructuradas con gestores y gerentes de la Regional Norte de Salud del Distrito Federal. Se concluye que la implantación de los principios del SUS aún es un desafío, tanto para la comunidad como para los profesionales de la salud, quienes necesitan unir esfuerzos para encontrar estrategias que redireccionen la asistencia hacia la salud colectiva.

PALABRAS CLAVE: salud colectiva, Sistema Único de Salud, gestión de servicios de salud

Recebido em 14/10/2001
Aprovado em 26/06/2002

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Pesquisadora do CIPESC. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UnB.

² Enfermeira. Mestre em Educação. Pesquisadora do CIPESC. Coordenadora do Curso de Enfermagem da Faculdade JK.

INTRODUÇÃO

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), embasado nos princípios e diretrizes da Reforma Sanitária Brasileira, aponta para a necessidade de mudança no atual modelo de atenção à saúde, na perspectiva da construção de um modelo que tome como objeto o processo saúde-doença em sua dimensão coletiva e de práticas assistenciais estruturadas em novos paradigmas.

Para Egry et al. (1999, p. 35), "a proposta específica de reorganização política/ administrativa do setor saúde, com a estruturação do SUS, tem se constituído um processo de luta política, onde se confronta o projeto de Reforma Sanitária que tem entre os seus fundamentos a adoção de um conceito abrangente de saúde, considerando-a resultante das condições de vida e trabalho, com o projeto conservador – o modelo neoliberal, hegemônico no âmbito da saúde".

O SUS no Distrito Federal (DF) foi implantado em 1995 pelo governo Democrático e Popular e, neste mesmo ano, foi proposta a Reformulação do Modelo Assistencial (REMA-SUS), como forma de operacionalização do SUS. (DISTRITO FEDERAL, 1996).

Em 1997, foi criado o Programa Saúde em Casa (PSC), tendo como objetivos atender às diretrizes e ao ideário de um novo modelo de saúde, embasado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS (DISTRITO FEDERAL, 1997). Segundo a Secretaria de Saúde do DF, este programa baseia-se na estratégia de saúde da família, onde a família passa a ser o objeto de atuação, com ênfase no desenvolvimento de ações de promoção e prevenção da saúde por uma equipe multidisciplinar. Propõe também o fortalecimento do vínculo e estímulo à participação da população nas decisões relativas às questões de saúde. Para Costa Neto (1998), o PSC do DF apresenta-se como um novo modelo de atenção à saúde, que reconhece a saúde como direito de cidadania. Assim sendo, preocupa-se em garantir a qualidade de vida da população e a democratização das informações sobre o processo saúde-doença.

Em janeiro de 1998, também a fim de cumprir com os princípios do SUS, a Fundação Hospitalar do Distrito Federal, descentralizou o atendimento à saúde, criando as regionais de saúde. Essas regionais adquiriram maior autonomia administrativa, mas ainda não possuem autonomia financeira.

Em 1997, as enfermeiras brasileiras, por meio da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) firmaram uma parceria com o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) para realizar a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE). O projeto, intitulado "Classificação Internacional das Práticas em Saúde Coletiva (CIPESC-Brasil)", tem como um de seus objetivos: revisitar as práticas de Enfermagem em saúde coletiva no país, contextualizadas no processo de produção em saúde, diante da implantação do Sistema Único de Saúde (ANTUNES, 1997). No Distrito Federal, foi escolhido como cenário para este estudo, a Regional Norte de Saúde, por ser uma área onde a Universidade Brasília e Secretaria de Saúde do Distrito Federal têm desenvolvido vários projetos sobre educação em saúde. Os resultados preliminares do Projeto CIPESC-Cenário DF têm demonstrado que existem várias dificuldades para a implementação do SUS. Identificou-se que existe falta

de organização do sistema de referência e contra-referência, o que tem gerado dificuldade de comunicação entre os profissionais de saúde do setor hospitalar e rede-básica, ineficiência na articulação entre os vários níveis de atenção à saúde e, ainda, precariedade de informações para a população a respeito do funcionamento desse sistema. Como resultado, observa-se que a população em geral, tem procurado, cada vez mais, os hospitais para resolver problemas simples de saúde (SANTOS; SHIMIZU, 1999).

Ficou evidente, também, que o processo de descentralização da gestão do sistema de saúde no Distrito Federal, para se chegar à efetiva construção do SUS carece de fortalecimento do poder local, tanto do ponto de vista institucional como financeiro (SANTOS; SHIMIZU, 1999). Além disso, percebemos que, para a consolidação deste modelo faz-se necessário o envolvimento e esforços de todos os profissionais da saúde e dos usuários.

Para Campos (1991), é muito difícil implantar um novo modelo de saúde sem que a maioria dos gerentes e dos trabalhadores de saúde esteja de acordo com a nova proposta, pois é necessário o empenho de todos os envolvidos para consolidá-lo. Para este autor, "a gerência é um instrumento importante para a efetivação das políticas; ela é, ao mesmo tempo, condicionante do e condicionada pelo modo como se organiza a produção dos serviços. Esta dupla posição – de produto de um determinado contexto e de criador deste mesmo contexto – torna o processo de gestão permeável à influência dos diferentes sujeitos sociais interessados em diversas políticas de saúde" (CAMPOS; MERHY; NUNES, 1989, p. 11).

Na estrutura administrativa da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, os gestores são aqueles indivíduos que ocupam posições estratégicas no sistema de decisões e que respondem, no processo de formulação e na implementação das políticas de saúde a nível local e os gerentes àqueles que assumem cargos de chefia dos serviços de saúde. Percebe-se que, há longa data, os médicos, comumente vêm assumindo a gestão e a gerência dos diversos serviços de saúde, contudo, nos últimos anos um número significativo de enfermeiras também tem assumido essas funções.

Acreditamos ser de fundamental importância conhecer a percepção dos gestores e gerentes acerca da assistência à saúde coletiva, pois estes ocupam posições estratégicas, onde podem representar as necessidades e os interesses da população atendida. Além disso, entendemos que esses profissionais têm a responsabilidade de contribuir para a construção de um modelo assistencial calcado nos princípios do SUS.

É necessário destacar que, na rede básica de saúde do DF, o enfermeiro e os demais elementos da equipe de enfermagem por terem um vínculo com a população conhecem a suas condições de saúde e de vida. Todavia, percebemos que esses e os demais trabalhadores da saúde precisam se comprometer, enquanto atores sociais, na transformação da realidade da assistência à saúde da população do DF que ainda apresenta-se bastante precária.

Assim, os objetivos deste estudo são:

- Conhecer e analisar a percepção de gestores e

gerentes da Regional Norte de Saúde sobre a assistência a saúde coletiva no Distrito Federal no contexto do SUS.

- Conhecer a percepção de gestores e gerentes da Regional Norte de Saúde sobre a contribuição da enfermeira e da Enfermagem na assistência à saúde coletiva do Distrito Federal no contexto do SUS.

PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo foi desenvolvido dentro da abordagem da pesquisa qualitativa. Esta modalidade de pesquisa possibilita relatar a perspectiva do participante e do pesquisador sobre o fato estudado (TRIVIÑOS, 1992).

Elegemos como cenário para o estudo a Regional Norte de Saúde do DF que abrange as seguintes áreas: Asa Norte, Lago Norte- Varjão, Paranoá-Zona Rural e Cruzeiro, possui (07 centros e um posto de saúde e uma unidade do PSC), 03 gestores e oito gerentes e atende uma população de 239.192 habitantes.

Participaram do estudo três gestores (02 enfermeiros e 01 médico) e cinco gerentes (todos enfermeiros). Denominamos de gestores os sujeitos que ocupavam cargos de Direção e de gerentes aqueles que exerciam cargos de chefia nas instituições de saúde ou ligadas a ela. Finalmente, cabe afirmar que o número de entrevistas foi determinado pelo critério de saturação dos conteúdos emergentes nos discursos.

A coleta de dados foi realizada no período de agosto a dezembro de 1998, utilizou-se um roteiro de entrevista semi-estruturada, elaborado pelo Projeto CIPESC e adaptado pelos pesquisadores ao cenário-DF. Os sujeitos foram esclarecidos sobre a garantia do sigilo das informações, sendo no estudo, identificado com nomes fictícios. As entrevistas foram realizadas após obtenção do consentimento livre e esclarecido e gravadas em fita cassete, sendo posteriormente transcritas na íntegra.

A ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados utilizamos o método de análise de conteúdo. Segundo Bardin (1988), esta técnica tem como pressuposto a concepção da linguagem como dinâmica, sendo esta entendida como uma constituição real de toda a sociedade e como expressão da existência humana que, em diferentes momentos históricos, elabora e desenvolve representações sociais no dinamismo que se estabelece entre linguagem, pensamento e ações.

A análise consistiu-se da leitura e re-leitura das entrevistas transcritas para apreensão do significado contidos nos discursos. Para ordenamento e classificação dos dados, grifamos os pontos do discurso que mais chamaram a atenção quer sejam pelos conteúdos, pela repetição, ou por implicar em conteúdo inesperado e/ou que destoa. Apreendemos dos discursos dos sujeitos os seguintes núcleos temáticos: o processo de implantação do SUS no DF, a assistência à saúde coletiva no DF e a contribuição da Enfermagem e da enfermeira na assistência à saúde coletiva.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

A seguir trataremos dos temas presentes nos

discursos dos gestores e gerentes sobre a assistência em Saúde Coletiva no contexto do SUS no DF.

A IMPLANTAÇÃO DO SUS NO DISTRITO FEDERAL

Os sujeitos entrevistados percebem que o SUS no Distrito Federal não está totalmente implantado, pois ainda não se percebem a aplicação de diversos de seus princípios no cotidiano das unidades de saúde, como evidenciam as falas abaixo:

Não está totalmente implantada com aqueles princípios do SUS: equidade, igualdade(...) Josefa.

O SUS, o Sistema Único de Saúde, ele é uma proposta, porque a gente ainda não viu ainda, de forma efetiva ele se implantar. É uma proposta que a gente não viu ainda, de forma efetiva, ele se implantar, dentro de suas doutrinas, realmente trabalhar com aspecto da prevenção e da promoção da saúde. Pedro.

Para os sujeitos deste estudo, não se tem dado ênfase devida às ações de prevenção e promoção da saúde. As unidades de assistência à saúde coletiva estão sempre congestionadas devido à carência de serviços que atendam a população, como mostram as falas a seguir:

(...) a gente no serviço se vê um pouco pressionado pela demanda. Então, nós temos que atender. E quando a gente começa atender, a gente verifica que grande parte dos casos realmente não necessita de atendimento médico. Lourdes.

Todos os gestores e gerentes que participaram deste estudo mostraram grande preocupação com essa questão, pois a população tem sido bastante prejudicada, pela necessidade de se enfrentar longas filas. Outro estudo realizado no DF mostra que, em algumas Unidades, os usuários acordam de madrugada para marcar uma consulta e, dependendo do problema de saúde, precisam esperar alguns meses para serem atendidos (ACCIOLY;ROCHA, 2001). Cabe destacar que o problema do acesso do usuário aos serviços de saúde ocorre em quase todos os municípios do país.

Os discursos dos sujeitos evidenciam, também, que a participação da comunidade nas discussões sobre a organização dos serviços de saúde ainda é bastante restrita. Como consequência, a população não tem oportunidade para exercer controle social sobre a assistência à saúde coletiva, como ilustra a fala a seguir:

Eu acho que a gente está bastante lento na questão do controle social. (...) Hoje, nós temos um conselho de saúde no Paranoá, que se reúne 1 vez por mês, e a gente tenta avançar na questão do controle social. Mas ainda está a passos lentos. Márcia.

Em suma, as representações dos sujeitos deste estudo demonstram que a implementação do SUS no DF apresenta muitos problemas, pois população continua tendo muitas dificuldades de acesso aos serviços de saúde, não se tem dado ênfase nas ações de prevenção e promoção da saúde e a participação da comunidade nas decisões sobre a organização dos serviços de saúde ainda é bastante precária.

A ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVA NO DISTRITO FEDERAL.

Inicialmente é importante salientar que os gestores e gerentes tiveram dificuldades para explicitarem como a assistência à saúde coletiva está sendo desenvolvida no cotidiano das instituições de saúde. A nosso ver isso ocorre, em parte, porque a prática em saúde coletiva, que se propõe a intervir no processo saúde-doença do indivíduo-coletivo, vem sendo modificada em função da incorporação de novos conhecimentos e novas tecnologias.

Nesse sentido, Egry (1996) esclarece que os trabalhadores da saúde que atuam nessa área precisam entender que a assistência à saúde coletiva não pode ser vista como um neologismo ou mesmo uma tentativa de modernização da saúde pública, embora esta terminologia ainda seja predominante e consagrada na área da saúde até hoje.

Paim e Almeida Filho (1998, p. 310) afirmam que “enquanto âmbito de práticas, a saúde coletiva envolve determinadas práticas que tomam como objeto as necessidades sociais de saúde, como instrumento de trabalho distintos saberes, disciplinas, tecnologias, materiais e não materiais, e como atividades intervenções centradas nos grupos sociais e no ambiente, independentemente do tipo de profissional e do modelo de institucionalização”.

Faz-se necessário mencionar que todos os sujeitos deste estudo demonstraram grandes expectativas em relação ao Programa Saúde em Casa (PSC), como forma de resolver as lacunas existentes na assistência em saúde coletiva. As falas abaixo demonstram as expectativas dos sujeitos:

Eu começo a ver o Programa Saúde em Casa como um programa que realmente busca fazer a prevenção e a promoção da saúde, dentro de um outro paradigma daquilo que a gente vem trabalhando. O paradigma da saúde realmente, não da doença. Rosa.

(...) é uma proposta de reformulação do modelo de atenção à saúde, no DF. A gente parte do conceito de que saúde é qualidade de vida e organizamos essas equipes(...). Márcia.

Inicialmente a população teve dificuldade para aceitar o PSC, principalmente porque confiavam apenas, no médico e no hospital, para resolver os seus problemas de saúde. Como consequência, as equipes de saúde que atuavam nesse programa tiveram que realizar grandes esforços para convencer a população da importância das ações de promoção e prevenção da saúde.

(...) a gente faz um equilíbrio entre assistência e prevenção e promoção da saúde. Essa é a proposta do Saúde em Casa, não é muito fácil porque a gente tem uma população que tem uma cultura muito forte em relação à medicalização, em relação a figura do médico como central no sistema de saúde, em relação à hospitalização. Márcia.

Após algum tempo de implantação do PSC, a comunidade começou a perceber a importância da educação em saúde e a enxergar que o programa se preocupava com a qualidade de vida da população, pois resolvia, além dos aspectos relacionados à higiene e saúde, problemas de saneamento, dificuldades de relacionamento familiar, entre outros. Entretanto, com a mudança de governo, em janeiro

de 1999, o PSC foi extinto, apesar da resistência dos trabalhadores nele envolvidos e da população.

Os sujeitos deste estudo evidenciaram, também, que as unidades de saúde (centros e postos de saúde) desenvolvem, basicamente, os programas preconizados pelo Ministério da Saúde, quais sejam: diabetes, hipertensão arterial, planejamento familiar, imunização, crescimento e desenvolvimento e outros. Algumas Unidades realizam atividades como auto massagem e caminhadas para hipertensos.

Essas Unidades de Saúde, contudo, não realizam estudos para o conhecimento do perfil epidemiológico, para realizar o planejamento do atendimento da população. Como consequência, a comunidade tem ficado desassistida em seus problemas específicos de saúde, pois têm se tornado local de atendimento de demanda espontânea, com poucas ações de caráter coletivo.

Mishima et al. (1997) salientam que para melhorar a qualidade da assistência em saúde coletiva há a necessidade de se buscar outros instrumentos como o planejamento e epidemiologia, a fim de que a assistência prestada tenha a possibilidade de real atendimento às necessidades da população, dentro de uma integralidade das ações a indivíduos e grupos da comunidade.

A CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM E DA ENFERMEIRA NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVA

Para os entrevistados a assistência à saúde coletiva se caracteriza como um trabalho desenvolvido por uma equipe multiprofissional, onde cada um pode contribuir com o seu conhecimento e com a sua prática, como mostra as falas a seguir:

Eu realmente acho que todas as categorias têm uma contribuição muito importante a dar, no sentido de a gente ter uma boa acolhida do nosso usuário. Lourdes.

Como a gente trabalha basicamente com a prevenção e promoção, eu acho que todo mundo tem a capacidade de fazer um trabalho, resguardando algum, salvo pequenas particularidades. Rosa.

Os agentes administrativos do centro de saúde, os enfermeiros, os médicos, todos fazem saúde coletiva. Márcia.

Mencionam, ainda, a importância da equipe de enfermagem (enfermeiras, auxiliares de enfermagem, agentes de saúde) no desenvolvimento da assistência em saúde coletiva, sobretudo pelo grande volume de atividades assumidas por esses trabalhadores.

Eu acho que a contribuição dela é inegável como um todo. Uma Unidade de Saúde não funciona sem a Enfermagem. Ela é a peça chave. A contribuição dela é total, ela é peça principal. Rosa.

(...) na área de saúde coletiva, de 85% a 90% das ações são emanadas pela Enfermagem. São dentro do conhecimento desses profissionais de Enfermagem. Pedro.

Eles destacam que grande parcela de atividades de promoção e prevenção da saúde junto à população tem sido realizada principalmente pelos atendentes de enfermagem, que têm recebido diversos outros nomes (agentes de saúde,

agente comunitário de saúde e outros).

Em outro estudo, constatamos que, na Regional Norte de Saúde, os operacionais de enfermagem representam 33,98% da força de trabalho de enfermagem, os auxiliares de enfermagem 51,28% e as enfermeiras apenas 14,28% (SANTOS; SHIMIZU, 1999). Verificou-se neste estudo também, que esta Regional de Saúde possui somente uma enfermeira para cada 5000 habitantes, o que explica, em parte, a falta de disponibilidade das enfermeiras para realizarem atividades extra-muros.

Estes dados demonstram que a assistência de enfermagem tem sido desenvolvida por pessoal com pouca ou nenhuma qualificação profissional. Isso aponta para a necessidade de buscar alianças com os usuários do SUS e com outros profissionais da saúde para aumentar a quantidade de recursos humanos qualificados para desenvolver a assistência em saúde coletiva.

Como um dos papéis principais da enfermeira na assistência à saúde coletiva foi mencionado o gerenciamento dos serviços. Percebem, os sujeitos, que as unidades de saúde funcionam melhor com a presença de enfermeiras na sua coordenação, por serem as mais preparadas para realizarem esta atividade.

Os entrevistados revelam, também, que as enfermeiras, ao assumirem o gerenciamento dos serviços de saúde desenvolvem diversas atividades no cotidiano de trabalho. Dentre elas, destacam as atividades de organização do serviço, coordenação das equipes, supervisão das atividades desenvolvidas e treinamento da equipe de enfermagem, como demonstram as falas abaixo:

O trabalho de gerente que a gente desenvolve na Fundação, não só o gerenciamento propriamente dito de pessoal, no caso de pessoal da enfermagem, mas o gerenciamento mesmo do serviço. Marina.

Ele sendo o coordenador, ele tem atribuições administrativas de gerenciamento da Unidade. (...) O enfermeiro dentro da Unidade também, orienta os auxiliares e os agentes comunitários. Eles fazem uma espécie de treinamento em serviço contínuo. (...) E como tecnicamente o enfermeiro é responsável pela equipe de enfermagem, ele responde pelo trabalho desses profissionais. Então é uma orientação contínua que ele faz. Márcia.

Esses dados mostram que na área de saúde coletiva, as enfermeiras exercem, predominantemente, as atividades gerenciais. Outros estudos como os de Dantas e Mello (2001), Mishima (1995), Servo (1999), também confirmam esses dados. Tais achados evidenciam que a enfermeira tem demonstrado domínio e competência para exercer essas atividades. Assim sendo, seria importante que a enfermeira aproveitasse melhor esse espaço, para negociar junto às instituições melhorias na assistência à saúde da população.

Além dessas atividades, as enfermeiras realizam também o atendimento da população. Na maioria das vezes, elas seguem os diversos protocolos elaborados pelo Ministério da Saúde para o atendimento ao paciente, como demonstra a fala abaixo:

Os programas estão aí: DST, tuberculose, hanseníase, está tudo em rotina. Você pega o paciente, faz o diagnóstico, trata, faz prevenções, até alta você está dando, e não precisa mais nem médico. Sandra.

As enfermeiras ressaltam a consulta de enfermagem e a prescrição de enfermagem como dois instrumentos de trabalho, mais importantes e mais utilizados na assistência à saúde coletiva, como demonstram as falas abaixo:

(...) ele faz a consulta de enfermagem. E essa consulta é bastante ampla. Eu acho que ela foge dos padrões tradicionais porque em alguns momentos, ele tá sozinho na Unidade, sozinho que eu digo, ele tá sem o médico, e ele faz a consulta de enfermagem e ele tem uma resolutividade bastante alta. Lourdes.

As enfermeiras demonstram que na área de saúde coletiva possuem bastante autonomia para desenvolver suas atividades. Isso possibilita, de uma certa forma, satisfação no trabalho. Porém, ainda não se sentem valorizadas e reconhecidas pelo trabalho que desenvolvem, tanto pelos médicos como pela população em geral.

Essa falta de valorização do trabalho da enfermeira, pode ser compreendida a partir das explicações de Almeida et al. (1997). Para estas autoras, quando a organização tecnológica está voltada para o modelo clínico de saúde, as ações de enfermagem, como parte deste trabalho que tem como objeto de trabalho o corpo anátomo funcional, caracterizam-se como auxiliares do trabalho médico. Todavia, se no DF houvesse a aplicação do modelo sanitário, que tem como objeto o fenômeno coletivo do processo saúde-doença, a ação de enfermagem seria complementar ao trabalho médico na busca da saúde coletiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo demonstram necessidade de os gestores e gerentes aprofundarem as discussões e reflexões sobre a assistência em saúde coletiva, uma vez que ainda há o predomínio do atendimento individual da demanda espontânea. Talvez isso ocorra porque os profissionais encontram-se imersos no cotidiano do trabalho, sem oportunidades para avaliarem a sua própria prática e as reais necessidades da comunidade que atende.

Consideramos que este seja o ponto de partida para os profissionais de saúde modificarem as suas ações no dia-a-dia. Isso vale, também, para as enfermeiras, pois têm conseguido alcançar e assumir postos estratégicos (gestoras e gerentes) nos diversos serviços de saúde do DF. Percebe-se, no entanto, que a concepção de gerência por elas adotada, prende-se ainda à dimensão técnica administrativa, o que evidencia a necessidade de agregarem as dimensões ética e política, dado à função gerencial implicar também na capacidade de compreender esta dinâmica maior de determinações sociais presentes nas organizações dos serviços de saúde. Nesse sentido Mishima et al. (1997) afirma que a gerência é um instrumento importante e poderoso para a construção de um modelo assistencial calcado nos princípios do SUS.

Em suma, as representações dos sujeitos deste estudo deixam evidente a necessidade de se resgatar nas Unidades de Saúde do DF o modelo de saúde coletiva, isto é, que considere o processo saúde doença tomando o corpo humano na sua dimensão coletiva, identifique grupos de risco, condições de vida e analise os dados da vigilância epidemiológica e sanitária local.

A percepção de gerentes...

Finalizando, concluímos que a construção de um modelo de assistência à saúde que esteja realmente alicerçado nos princípios do SUS, "a saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado" continua exigindo análises mais aprofundadas, assim como a busca de estratégias mais eficientes e eficazes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACCIOLY, D.; ROCHA, M. Saúde Pública. **Correio Brasiliense**, Brasília, 8 de set. 2001. Caderno Cidade, p. 12.
- ALMEIDA, M. C. P. de. et al. O trabalho de Enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva- rede básica de saúde. In: ALMEIDA, M. C. P. de ; ROCHA, S. M. M. (Coord.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p.61-112.
- ANTUNES, M. J. (Coord.). **Projeto de classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva no Brasil**: manual do pesquisador: orientação para o trabalho de campo. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1997. 93p.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1988.
- CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991.
- CAMPOS, G. W; MERHY, E; NUNES, E. D. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, 1989.
- COSTA NETO, M. M. Saúde em Casa: o resgate da cidadania no Distrito Federal. **Revista de Saúde do Distrito Federal**, Brasília, v. 9, n. 1, p. 3-4, 1998.
- DANTAS, T.C. C ; MELO, M. L. C. O Trabalho do gerente em unidade básica de saúde: possibilidade de uma prática. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 54, n. 3, p. 494-499, jul./set. 2001.
- DISTRITO FEDERAL (Brasil). **Reformulação do modelo de atenção à saúde no DF – REMA/ SUS**. Brasília: Secretaria da Saúde, 1996. 10 p.
- _____. **Projeto de implantação do programa saúde em casa**. Brasília: Secretaria da Saúde, 1997. 44 p.
- EGRY, E. **Saúde coletiva**: construindo um novo paradigma para a enfermagem. São Paulo: Ícone, 1996. 144 p.
- EGRY, E. Y. et. al. Classificação das práticas de enfermagem em saúde Coletiva: a experiência brasileira. In: CHIANCA, T, T, M. ; ANTUNES, M. J. M. (Coord.) **A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva**: CIPESC. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1999. p. 34-45.
- MISHIMA, S. M. **Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde em Ribeirão Preto**. 1995. 354p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- MISHIMA, M. S. et. al. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: ALMEIDA, M. C. P. de ; ROCHA, S. M. M. (Coord.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 251-296.
- PAIM, S. J. ; ALMEIDA FILHO, N. de Saúde Coletiva: "uma nova saúde pública" ou um campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 4, n. 32, p. 299-316, 1998.
- SANTOS, E. R. da.; SHIMIZU, H. E. Breve histórico da assistência à saúde no Distrito Federal e caracterização de cenário na perspectiva da saúde coletiva: CIPESC – Brasília – Brasil. **A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva**: CIPESC. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1999. p. 66-79.
- SERVO, M.L.S. **O pensar, o sentir e o agir da enfermeira no exercício da supervisão na rede SUS local**: o (re) velado de uma práxis. 1999. 278 p. Tese (Doutorado em enfermagem), - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- TRIVIÑOS, A. V. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 12. ed. São Paulo: Atlas, 1992.