



Instituto Politécnico de Tomar
Escola Superior de Gestão de Tomar

AVALIAÇÃO DA GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA VISÃO DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS E REPRESENTANTES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE EM
UM MUNICÍPIO DO ESTADO DO MARANHÃO

Dissertação de Mestrado
Verisleine Aranha de Oliveira
Mestrado em Gestão

Tomar, outubro 2019



Instituto Politécnico de Tomar
Escola Superior de Gestão de Tomar

AVALIAÇÃO DA GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA VISÃO DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS E REPRESENTANTES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE EM
UM MUNICÍPIO DO ESTADO DO MARANHÃO

Dissertação de Mestrado

Orientada por:

Professor Doutor Eduardo Fontão Mont’Alverne Brou

Escola Superior de Gestão de Tomar – Instituto Politécnico de Tomar

Verisleine Aranha de Oliveira

Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Politécnico de Tomar para cumprimento dos
requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão.

Dedico este trabalho a minha família, pais, irmãos, sobrinhos, esposo, cunhadas, cunhados e, em especial a minha mãe, Rosa Clara, que muito lutou em sua vida para que formasse todos os seus filhos, sempre nos apoiando, mesmo com todas as dificuldades.

RESUMO

A gestão em saúde é de suma importância por muitos fatores que regem o andamento da saúde de um município, estado ou federação. Portanto, essa dissertação tem como objetivo geral verificar como os agentes comunitários e os membros do conselho municipal percebem a gestão dos serviços de saúde em um município do Estado do Maranhão, com vistas a, à luz da Teoria da Gestão de Organizações de saúde, sugerir propostas de melhorias organizacionais/processuais. Com o propósito de atingir os objetivos desta dissertação, recorreu-se a diferentes procedimentos, nomeadamente, revisão bibliográfica e estudo de caso envolvendo agentes comunitários e conselho municipal de saúde de um município do Estado do Maranhão no período de 2018 a 2019. Os resultados obtidos através do estudo de caso revelam que a gestão municipal na visão dos agentes comunitários e conselho municipal de saúde, em sua grande maioria realiza o acompanhamento da situação de saúde, ações intersetoriais, garante equipe de apoio institucional ou similar, estratégia de garantia do cuidado continuado, disponibiliza canais de comunicação, possui programa ou política de educação permanente, utiliza instrumentos de integração dos serviços de saúde, apoia e promove a formação de espaços locais de participação popular e, apoia o funcionamento regular e autônomo do conselho municipal de saúde. Entretanto, no que tange ao desenvolvimento de processos de pesquisa e análise de satisfação do usuário, momento de participação nas discussões da gestão dos serviços e nível de satisfação com a gestão dos serviços de saúde, observa-se um menor percentual de respostas positivas. Em relação aos pontos positivos, observa-se a realização de ações de combate as arboviroses, atividades para público alvo e realização das visitas domiciliares e equipe técnica capacitada. Quanto aos pontos negativos, observa-se falta de materiais para os funcionários, melhor condição para o atendimento, falta de medicamentos e falta de transporte para visita domiciliares. A realização desse estudo e a análise das respostas permitiram sustentar sugestões de melhoria para a gestão municipal.

Palavras-chave: Gestão, ACS, CMS, Serviços, Avaliação.

ABSTRACT

Health management is of paramount importance because of many factors that govern the health of a municipality, state or federation. Therefore, this dissertation has as its general objective to verify how community agents and members of the municipal council perceive the management of health services in a municipality of the State of Maranhão, aiming, in light of the Theory of Management of Health Organizations, to suggest proposals for organizational / procedural improvements. In order to achieve the objectives of this dissertation, it was resorted to different procedures, namely, literature review and case study involving community agents and municipal health council of a municipality of the State of Maranhão from 2018 to 2019. The results obtained through the case study reveal that the municipal management in the view of the community agents and the municipal health council, mostly conducts the monitoring of health situation, intersectoral actions, ensures institutional support team or similar, continued care guarantee strategy It provides communication channels, has a permanent education program or policy, uses instruments to integrate health services, supports and promotes the formation of local spaces for popular participation, and supports the regular and autonomous functioning of the municipal health council. However, regarding the development of research processes and analysis of user satisfaction, moment of participation in discussions of service management and level of satisfaction with the management of health services, there is a lower percentage of positive responses. In relation to the positive points, it is observed the accomplishment of actions to combat arboviruses, activities for target audience and the accomplishment of home visits and trained technical staff. As for the negative points, there is a lack of materials for employees, better conditions for care, lack of medicines and lack of transportation for home visits. This study and the analysis of the answers allowed us to support suggestions for improvement for municipal management.

Key words: Management, ACS, CMS, Services, Evaluation.

AGRADECIMENTOS

Com o fechamento deste trabalho, após vários dias de intensa busca por respostas até então propostas no início da construção desse objeto de estudo, tenho agora só a agradecer há mais uma etapa de busca de crescimento e conhecimento profissional.

Em especial ao Professor Doutor Eduardo Fontão Mont’Alverne Brou da Escola Superior de Gestão de Tomar – Instituto Politécnico de Tomar meu orientador nesta dissertação;

Aos professores do Instituto Universitário Atlântico, que vieram de tão longe nos agraciar com seus conhecimentos e trocas de informações;

De um modo geral agradeço a todos que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização e construção deste estudo de caso e, principalmente àqueles que se disponibilizaram em participar do mesmo, os Agentes Comunitários de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde.

Para, além disso, agradeço em especial a gestão municipal de Nina Rodrigues, que acolheu a proposta deste estudo e que em nenhum momento interrompeu a execução da mesma.

Em especial as amigadas construídas no decorrer do curso, onde passamos por momentos de angústias, medo e vontade de desistir, mais que resistimos bravamente e esta aqui o resultado de todo esforço.

Agradecimento mais que especial à minha família que com nossa união e afeto fizeram e fazem com que crescemos todos juntos.

Muito obrigada a todos!

Índice

Índice de Figuras.....	VII
Índice de Quadros.....	VIII
Índice de Gráficos e Tabelas.....	IX
Lista de Abreviaturas e Siglas.....	X
Capítulo 1: Introdução	1
Capítulo 2: A Organização da Saúde no Brasil	5
2.1 O Sistema Único de Saúde (SUS)	8
2.1.1. Enquadramento; Descrição	10
2.1.2. Problemas identificados	14
2.2. Gestão da saúde nos Municípios	15
2.2.1. Enquadramento; Descrição	17
2.2.2. Problemas identificados	27
Capítulo 3: Gestão das Organizações de Saúde a nível nacional, regional, municipal; pública e privada.	40
3.1 Nível nacional e regional.....	41
3.2 Nível municipal, privado e filantrópico.....	43
Capítulo 4: Estudo de caso.....	53
4.1 Introdução/objetivos.....	53
4.2 Rede Física de Saúde do Município de Nina Rodrigues.....	55
4.3 Caracterização do Conselho Municipal de Saúde.....	56
4.4 Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde.....	56
4.5 Metodologia.....	58
4.5.1 Abordagem Metodológica.....	58
4.5.2 Considerações Éticas.....	59
4.5.3 Participantes do Estudo.....	60
4.5.4 Método de Amostragem.....	60
4.5.5 Método de Recolha de dados.....	60
4.5.6 Instrumento de Recolha de Dados.....	61
4.5.7 Método de Análise de Dados.....	61
4.6 Apresentação dos Dados e Discussão dos Resultados.....	61
4.6.1 Dados sobre o perfil sociodemográfico dos participantes.....	62
4.6.2 Questões referentes avaliação dos serviços ofertados na visão dos 39 ACS e 06 conselheiros municipais.....	65
4.6.3 Questões referentes à atuação da gestão no desenvolvimento das políticas públicas.....	71
4.6.4 Dimensão sobre a participação dos agentes comunitários e do conselho municipal nas discussões da gestão dos serviços.....	74
4.6.5 Dimensão sobre os pontos positivos e negativos da gestão dos serviços de saúde.....	79
Capítulo 5: Conclusões.....	83
Referências.....	87
Apêndices.....	99
Apêndice I.....	100
Apêndice II.....	105

Índice de Figuras

Figura 1 - Controle social instituído como um princípio do SUS.....	20
Figura 2: Representação esquemática das Conferências Nacionais de Saúde.....	23
Figura 3 – Composição e paridade dos Conselhos de Saúde.....	23
Figura 4 – Fluxo de transferência de recursos.....	32
Figura 5 – Estrutura do SUS em cada nível de esfera.....	33
Figura 6 - Contrato de compra de serviços.....	34
Figura 7 – Organização do SUS no Brasil.....	41
Figura 8 – Histórico de evolução dos modelos de gestão do SUS.....	43
Figura 9 – Instituição de regiões de saúde.....	45
Figura 10 – Dimensão do SUS.....	48
Figura 11 – Localização geográfica do município de Nina Rodrigues.....	53
Figura 12 – Mapa da cidade de Nina Rodrigues.....	54

Índice de Quadros

Quadro 1 – Composição do CMS/Nina Rodrigues-MA.....	26
---	----

Índice de Gráficos e Tabelas

Gráfico 1 – Distribuição da amostra de acordo com o gênero.....	62
Gráfico 2 – Distribuição da amostra de acordo com a idade (anos).....	62
Gráfico 3 – Distribuição de acordo com a escolaridade.....	63
Gráfico 4 – Distribuição de acordo à raça/cor.....	64
Gráfico 5 – Distribuição de acordo com o acompanhamento da situação de saúde pela gestão municipal.....	65
Gráfico 6 – Distribuição de acordo com o desenvolvimento de ações intersetoriais.....	66
Gráfico 7 – Distribuição de acordo com equipe de apoio institucional/similar.....	67
Gráfico 8 – Distribuição de acordo com a garantia da continuidade do cuidado.....	68
Gráfico 9 – Distribuição de acordo disponibilização de canais de comunicação.....	69
Gráfico 10 – Distribuição de acordo programas ou política de educação permanente.....	71
Gráfico 11 – Distribuição de acordo com instrumentos de integração dos serviços de saúde.....	72
Gráfico 12 – Distribuição de acordo com processos de pesquisa e análise de satisfação.....	73
Gráfico 13 – Distribuição de acordo espaços de participação popular.....	75
Gráfico 14 – Distribuição de acordo o funcionamento regular do CMS.....	76
Gráfico 15 – Distribuição de acordo com o momento de participação nas discussões.....	77
Gráfico 16 – Distribuição de acordo nível de satisfação da gestão dos serviços.....	78
Tabela 1 - Tipo de Estabelecimentos de Saúde.....	55
Tabela 2 - Distribuição das Unidades Básicas por Território de Abrangência.....	56
Tabela 2 – Caracterização dos pontos positivos na visão dos ACS e CMS da gestão dos serviços de saúde, 2019.....	79
Tabela 3 – Caracterização dos pontos negativos na visão dos ACS e CMS da gestão dos serviços de saúde, 2019.....	79

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CF - Constituição Federal

CIB - Comissões Gestoras Bipartite

CIR Gestão Regional para Comissão Intergestores Regional

CIT - Comissão Intergestora Tripartite

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COAP - Contrato Organizativo da Ação Pública

COAP - Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DF – Distrito Federal

EC - Emenda Constitucional

EPS - Educação Permanente em Saúde

ESF - Equipes de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

LOAS - Lei Orgânica da Saúde

MS – Ministério da Saúde

NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAB – Piso da Atenção Básica

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PIB - Produto Interno Bruto

PIB - Produto Interno Bruto

PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso de Qualidade da Atenção Básica

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde
PSF - Programa Saúde da Família
RAS - Rede de Atenção a Saúde
RAS - Rede de Atenção à Saúde
RSB - Reforma Sanitária Brasileira
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde
SIACS - Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS - Unidades Básicas de Saúde
UF - Unidade Federativa.
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

Capítulo 1: Introdução

A gestão em saúde é de suma importância por muitos fatores que regem o andamento da saúde de um município, estado ou federação. Tem sido motivo de discussão entre gestores e no meio acadêmico, principalmente na atual conjuntura, onde o Sistema Único de Saúde (SUS) tem se demonstrado ineficaz no sentido de atender a saúde da população de forma integral (Tajra, 2014).

Além de algumas dificuldades financeiras que vem sendo enfrentado pelo SUS nas várias instâncias de Governo, o que dificulta a distribuição adequada de verbas necessárias para a efetivação da universalidade e integralidade, o processo de gestão também tem sido um dos maiores desafios enfrentados pelos gestores do SUS, pois, envolve a aplicação de conhecimentos, habilidades, ferramentas e técnicas às atividades (Texeira, 2010).

A gestão do cuidado e a garantia dos direitos de todos os cidadãos brasileiros usuário do sistema, se apresenta através da estratégia de participação social. Esses espaços, nos quais os usuários assumem protagonismo no “fazer saúde” têm se mostrado importantes na construção de melhorias do acesso e da qualidade de atenção (Pinto, Barbosa & Ferla, 2015).

No contexto da gestão em saúde, essa é de suma importância para muitos fatores que regem o andamento da célula saúde de um município, estado ou federação, compreendendo escolhas, decisões, hierarquização de atos e participação popular. Ela deve permitir o diálogo sobre a diversidade humana, reconhecendo suas semelhanças e diferenças, não omitindo a contribuição das ações individuais nesse processo. Cabe-lhe ainda identificar a nova visão da saúde e de suas práticas e necessidades, incluindo o estabelecimento de equipes competentes e a correlação entre as ações de saúde (Erdmann *et al*, 2006).

O Brasil tem mais de 5.000 municípios. Cada município tem um serviço, um sistema, uma secretaria ou pelo menos, um diretor de saúde. A avaliação dos serviços de saúde tem sido uma necessidade amplamente discutida pelas políticas de estado mundiais, considerada um dos caminhos de gestão para buscar a qualidade dos serviços prestados (Brasil, 2011; Paddison *et al*, 2015).

Com a municipalização, a comunidade e os conselhos municipais adquiriram maior poder de participação nas políticas públicas. Os conselhos municipais, são voltados para políticas

específicas, é onde os representantes dos cidadãos dos serviços têm assentos nos fóruns. Nesse formato os representantes possuem não só a capacidade de expressar suas preferências, mas também poder na gestão direta do programa e no controle dos gestores públicos quanto ao cumprimento das decisões.

Já os agentes comunitários de saúde são os pilares dos programas de saúde voltados para a atenção primária, instituídos pelo governo, servindo como um elo entre os profissionais e a comunidade.

A importância da discussão e análise sobre a gestão dos serviços de saúde oportuniza a identificação dos problemas, além do alinhamento da expressão de trabalhadores e usuários sobre um mesmo objeto de estudo: a satisfação com o serviço público, com o propósito de que os resultados possam fomentar melhorias nas relações de trabalho, nos processos decisórios e no exercício de controle da gestão pública em saúde.

Dessa forma, a presente dissertação teve como propulsor a experiência laboral da pesquisadora sobre a gestão dos serviços de saúde, estando próxima aos agentes comunitários e conselheiros municipais de saúde e, também vivenciando as dificuldades e inovações em se fazer gestão. Portanto, essa dissertação tem como objetivo geral verificar como os agentes comunitários e os membros do conselho municipal percebem a gestão dos serviços de saúde em um município do Estado do Maranhão, com vistas a, à luz da Teoria da Gestão de Organizações de saúde, sugerir propostas de melhorias organizacionais/processuais. Assim, tem como objetivos específicos:

- (1) Identificar o perfil sociodemográfico dos agentes comunitários e dos membros do conselho municipal de saúde,
- (2) Destacar pontos positivos e negativos da gestão dos serviços de saúde,
- (3) Verificar como os agentes comunitários e o conselho municipal avaliam os serviços ofertados,
- (4) Relacionar como a gestão atua no desenvolvimento das políticas públicas,
- (5) Verificar a participação dos agentes comunitários e do conselho municipal nas discussões da gestão dos serviços.

Com o propósito de atingir os objetivos desta dissertação, recorreu-se a diferentes procedimentos. Sendo assim, numa primeira fase, buscaram-se por meio da revisão bibliográfica assuntos pertinentes sobre a Organização da Saúde no Brasil, o SUS (Sistema Único de Saúde) e a gestão das organizações de saúde nos municípios, estados e no âmbito federal.

Para, além disso, desenvolveu-se um estudo de caráter descritivo, quantitativo (estudo de caso) com agentes comunitários e conselho municipal de saúde de um município do Estado do Maranhão no período de 2018 a 2019. A amostragem foi do tipo não probabilístico (conveniência), de acordo com o número de agentes comunitários e conselheiros municipais. A coleta de dados foi por meio de um questionário composto por questões fechadas, concernente ao papel do gestor, processo de trabalho, participação dos agentes de saúde e membros do conselho, efetivação das ações da gestão para a comunidade. A análise estatística será realizada utilizando-se programa estatístico. A análise descritiva conteve as variáveis quantitativas, apresentadas por meio de média e desvio padrão (média $\pm$ DP). As variáveis foram apresentadas como frequências absolutas e relativas. Os resultados estão apresentados em forma de gráficos e tabelas.

O trabalho está estruturado em cinco capítulos, dentre os quais o primeiro refere-se a este capítulo introdutório. No capítulo 2, faz-se uma abordagem no contexto da organização da Saúde no Brasil a nível Nacional, Regional, Municipal. No capítulo 3, desenvolve-se acerca da gestão das organizações de saúde, com a pesquisa/revisão bibliográfica; nacional, regional, municipal; pública, privada. No capítulo 4 procede-se ao estudo de caso (Estudo Empírico) sobre a Gestão e organização dos serviços de saúde num município do estado do Maranhão, apresentando o desenho metodológico seguido e os resultados obtidos. E, por fim no capítulo 5, apresentam-se as considerações finais do trabalho, enumerando propostas de melhorias organizacional/processual.

CAPÍTULO 2: A Organização da Saúde no Brasil

No Brasil, a assistência à saúde acontecia por meio de caridade e algum auxílio financeiro público, passando, posteriormente, para um sistema relacionado à previdência social, nas décadas de 1970 e 1980, com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Com a Constituição de 1988 e o Sistema Único de Saúde (SUS), independente de filiação previdenciária, o direito a saúde passa a ser de todo o cidadão brasileiro. Essa universalidade fez com que se passasse, na época, de 30 milhões de beneficiários segurados para uma população de 150 milhões de cidadãos a serem assistidos (Brasil, 2008).

Ao postular a garantia do direito à saúde como componente da cidadania, surgiu o Projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), no qual indicou um conjunto de mudanças no Estado, na sociedade e na cultura, com vistas à melhoria da situação de saúde e das condições de vida da população. O que se atribuiu como parte dessas mudanças, a defesa do princípio de que “a saúde era um direito de todos e um dever do Estado, propondo a instalação de um Sistema Único de Saúde, democrático e descentralizado, com responsabilidades estabelecidas para as três esferas de governo Federal, Estadual e Municipal” (Brasil, 2011, p.13).

Foi então na Carta de Ottawa¹, em 1986, que representantes de trinta e cinco países assumiram que as ações de promoção da saúde deveriam resultar na redução das iniquidades em saúde, garantindo oportunidade a todos os cidadãos de fazerem escolhas mais favoráveis à saúde e serem protagonistas no processo de produção da saúde e melhoria da qualidade de suas vidas (Buss e Carvalho, 2009).

As diretrizes para a promoção da saúde foram inseridas na Constituição Federal (CF) de 1988 e na Lei Orgânica de Saúde de 1990, como a “Política Nacional de Promoção da Saúde” (PNPS). Entretanto, esta só se tornou realidade no ano de 2006, sendo revisada e aprovada por uma Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2014 (Brasil, 2014).

¹ A Carta de Ottawa é um documento apresentado na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizado em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986. Trata-se de uma Carta de Intenções que busca contribuir com as políticas de saúde em todos os países, de forma equânime e universal.

E, nesse processo foi reconhecida a importância dos condicionantes e determinantes sociais da saúde no processo saúde-doença, tendo como pressupostos a intersetorialidade e a criação de redes de corresponsabilidade que buscam a melhoria da qualidade de vida da população (Rocha *et al.*, 2014).

Argui-se, sobretudo que o processo de redemocratização e o advento da Constituição Federal de 1988 (CF/1988) colocaram o SUS em primeiro plano, pautado por desafios como o reconhecimento de que a saúde é um direito garantido pelo Estado mediante políticas públicas de natureza econômica e social. Portanto, esse marco legal fomentou um amplo debate acerca da gestão da saúde no Brasil, sendo que a operacionalidade do SUS efetivou-se no ano de 1990, entretanto, muitas mudanças propostas anteriormente ganharam força e, demandaram a afirmação de seus princípios (Peixoto *et al.*, 2015).

A Declaração de Adelaide² e a Declaração de Helsínquia³ sobre a Saúde em Todas as Políticas enfatizaram a ação intersetorial e as políticas públicas saudáveis como elementos primordiais para a promoção da saúde e para a realização da equidade em saúde. Havendo a concordância de que a Saúde é meta fundamental para os governos visando o desenvolvimento sustentável. Sendo a saúde um direito humano fundamental e a equidade em saúde estando expressa na justiça social, a saúde melhora a qualidade de vida, capacidade de aprendizado, produtividade no trabalho e empodera as famílias e comunidades (Organização Mundial Saúde, 2010).

Políticas elaboradas envolvendo todos os setores aprofundam o impacto sobre a equidade em saúde de uma população. A abordagem da “Saúde em Todas as Políticas” integra as políticas públicas em todos os setores, promovendo a participação ampla em decisões para a saúde, com vistas a potencializar as ações intersetoriais de promoção da saúde, objetivando melhorar a saúde e a equidade social da população (Organização Mundial da Saúde, 2013).

² A Conferência de Adelaide, realizada em abril de 1988 e cujo tema central foram as políticas voltadas para a saúde (políticas saudáveis), manteve a direção já estabelecida nas Conferências de Alma-Ata e Ottawa. Duzentos e vinte participantes de quarenta e dois países compartilharam experiências sobre como formular e implementar políticas públicas saudáveis. As estratégias para a ação em prol de políticas públicas voltadas para a saúde refletem o consenso alcançado na Conferência de Adelaide.

³ A Declaração de Helsínquia ou Helsinque é um conjunto de princípios éticos que regem a pesquisa com seres humanos, e foi redigida pela Associação Médica Mundial em 1964.

A política pública de saúde brasileira, regulamentada nas Leis 8.080 e 8.142/90, expressa no SUS, tem na sua concepção diversos fundamentos convergentes com as Conferências Mundiais de Promoção da Saúde, entre eles a descentralização e a participação social, que fomentam a articulação de ações intersetoriais sobre os determinantes sociais da saúde (Brasil, 1990a).

No SUS, a promoção da saúde é retomada como uma estratégia de ampliar a visão sobre tudo o que determina o processo saúde-doença-cuidado a exemplo: violência, desemprego, saneamento básico, habitação, acesso à educação, fome, urbanização, qualidade do ar e da água; e potencializar modos intersetoriais e equitativos de intervenção em saúde (Brasil, 1990b).

Ações intersetoriais implementadas foram relevantes, em especial a articulação com os setores de educação, justiça, cidades, direitos humanos, desenvolvimento social, esporte e lazer. Ações regulatórias foram implementadas, com a Lei “Seca”⁴⁴ e a lei de ambientes livres de tabaco. Observaram-se avanços e fortalecimento da Promoção da Saúde nas ações intersetoriais, na identificação das iniquidades no território, e na sustentabilidade das práticas (Malta *et al.*, 2014).

Estando saúde relacionada à cidadania e conforme a Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 e Lei 8.142/90, está entre os princípios e diretrizes do SUS a participação popular, entendida como o povo opinando e participando das decisões e diretrizes relacionadas às ações em saúde e a universalidade, onde todos têm direito a acessar os serviços de saúde. O SUS é uma das maiores conquistas do povo brasileiro, sendo esta uma política inclusiva, pois desde a CF/88 todo brasileiro tem direito ao atendimento a sua saúde de forma gratuita e integral. Com o início da implantação do SUS, a questão do seu financiamento passou a ser preocupação central, pois garantir integralidade e universalidade com restrições orçamentárias e conseguir distribuir os recursos de forma igualitária em um país com tantas desigualdades sociais e regionais como o Brasil tem se tornado um desafio para os gestores (Brasil, 2011).

⁴ Lei Seca n.º 9.294/96, Regulamentada pelo Decreto n.º 2.018/96. Proíbe o uso de cigarros ou qualquer outro produto fumígeno derivado do tabaco, em recinto coletivo, privado ou público, tais como, repartições públicas, hospitais, salas de aula, bibliotecas, ambientes de trabalho, teatros e cinemas, exceto em fumódromos (área exclusiva destinada ao tabagismo, devidamente isolada e com arejamento conveniente). Determina penalidades aos infratores.

Conforme Mendes e Marques (2008), essa situação de indefinição com relação ao financiamento da área da saúde levou a busca de uma solução definitiva, a vinculação de recursos orçamentários das três esferas do governo. Essa busca por uma medida de consenso levou sete anos tramitando no Congresso até a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (EC 29) no ano de 2000.

A Emenda Constitucional nº 29 é uma tentativa importante no sentido de solucionar os problemas com relação ao financiamento no setor saúde, pois ela define os níveis mínimos de aplicação dos recursos financeiros por parte das três esferas de governo (Brasil, 2007).

Através da Lei Complementar 141 (Brasil, 2012) define-se a vinculação de percentuais das receitas fiscais que devem ser aplicadas exclusivamente na saúde: municípios, 15% de suas receitas; estados, 12% de suas receitas e a União deve aplicar o valor do ano anterior com o acréscimo da variação do Produto Interno Bruto (PIB). Mas se o PIB tiver variação negativa em relação ao ano anterior, seu valor não será reduzido. Assim, os governos em todas as esferas terão que se organizar para bem gerir os recursos financeiros e proporcionar uma saúde de melhor qualidade para a população, gerando resultados satisfatórios.

No Brasil, a Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências (Brasil, 2012).

2.1 O Sistema Único de Saúde (SUS)

Ao se falar da promoção da saúde no Brasil, é indissociável a reflexão acerca da criação e da luta contínua travada pela melhoria do SUS. Isto muito tem haver com realidade de iniquidades históricas de grandes proporções, que colocam desafios cotidianos não só ao setor saúde, mas a todos aqueles que constroem as políticas públicas.

Foi a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 que se assegurou a saúde como direito de todos e dever do Estado e assim foi incorporada à Constituição Federal de 1988.

Após essa definição a saúde obteve muitos avanços. Inicia-se então um longo processo de modificá-la no Brasil.

A melhor definição de SUS está na Lei 8080/90 e a conceitua como:

“um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração Direta e Indireta e das Fundações mantidas pelo Poder Público. Em caráter complementar a iniciativa privada poderá participar do SUS, por meio de contratos e convênios de prestação de serviços. Um dos avanços que vale destacar a partir do SUS foi o reconhecimento de que a saúde é afetada por determinantes sociais como má distribuição de renda, falta de saneamento básico, baixa escolaridade, condições precárias de habitação, desemprego, entre outras. Esse entendimento de que muitos são os fatores que afetam a saúde trouxe” (Brasil, 2011, “s.p”).

Sabe-se que todo brasileiro tem direito à saúde, com respaldo na Constituição Federal de 1988, por meio do SUS, regulamentado pela lei n. 8.080/90. O SUS consiste em uma conquista social decorrente do Movimento de Reforma Sanitária, que trouxe avanços à saúde pública brasileira, especificamente no âmbito de sua organização (Polignano, s/d; Paim, 2012).

Segundo o art. 200 da Constituição Federal são de competência do SUS: controlar e fiscalizar procedimentos para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e hemoderivados; executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; participar da formulação de políticas e da execução das ações de saneamento básico; incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; fiscalizar e inspecionar alimentos; colaborar na proteção do meio ambiente; e fiscalizar o transporte e a utilização de substâncias psicoativas, tóxicos e radioativos. Os princípios do SUS foram estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde (LOS) e tem como base o artigo 198 da Constituição Federal de 1988, tendo como princípios ideológicos ou doutrinários: universalidade, integralidade e equidade; e princípios organizacionais: descentralização, regionalização e hierarquização (Ferreira, 2011). Sendo estes:

“universalidade: conforme a Constituição Federal: “a saúde é um direito de todos”, assim cabe ao Estado à obrigação de prover atenção à saúde a todos. Integralidade: a atenção à saúde deve ser vista em todos os seus aspectos: prevenção, promoção e recuperação. Equidade: significa igualdade de oportunidade, de acesso ao SUS. Controle social: foi regulado pela Lei 8142. É a participação dos usuários na gestão do SUS através das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde onde os usuários têm a metade das vagas e o governo um quarto e aos trabalhadores outro um quarto. Descentralização político-administrativa: o SUS existe nos três níveis: nacional, estadual e municipal. Cada esfera tem um comando único e atribuições próprias. As transferências são fundo a fundo, baseadas na população e no tipo de serviço oferecido e não no número de atendimentos. Hierarquização e Regionalização: há níveis de complexidade dos serviços de saúde. O nível primário deve ser oferecido a toda população, já os outros devem ser usados somente quando necessário” (Brasil, 1988, “s.p”).

Cada serviço tem sua área de abrangência, sendo responsável pela saúde de uma parte da população. Portanto, os serviços de maior complexidade são menos numerosos e tem uma área de abrangência mais ampla. A hierarquização e regionalização devem ser eficientes e eficazes para produzir resultados com qualidade.

A participação popular, segundo Ferreira (2011), está baseada na Lei 8142/90, e se dá através das entidades representativas (Conselhos Nacional, Estadual e Municipal) que podem participar do processo de formulação de políticas de saúde e do controle de sua execução.

2.1.1. Enquadramento; Descrição

Sem dúvida o SUS é o maior e mais completo sistema de saúde do mundo. Abrange desde Unidades Básicas de Saúde até hospitais universitários, hemocentros, vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, além de institutos de pesquisas.

Segundo o art. 200 da Constituição Federal são de competência do SUS: controlar e fiscalizar procedimentos para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e hemoderivados; executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; participar da formulação de políticas e da execução das

ações de saneamento básico; incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; fiscalizar e inspecionar alimentos; colaborar na proteção do meio ambiente; e fiscalizar o transporte e a utilização de substâncias psicoativas, tóxicos e radioativos (Ferreira, 2011).

Na teoria é a melhor política pública do mundo, mas é nova e vem crescendo e melhorando a cada ano, busca o ideal que se encontra muito bem escrito, isto é, universal, equânime e justo em todas as regiões do país.

O SUS foi implementado nos anos de 1990 em um ambiente com condições precárias, dado o cenário de turbulência econômica e de expansão das ideias neoliberais. Tais fatos fizeram com que o SUS se desenvolvesse de maneira incompleta, desvirtuando a concepção do conceito de saúde dos seus autores. A crise fiscal e os cortes públicos propiciaram o subfinanciamento, que contribuiu para a implementação defasada do sistema de saúde público do país, fortalecendo o sistema privado de saúde (Menicucci, 2006; Fundação Oswaldo Cruz, 2012).

Ademais, nota-se o processo notável de construção institucional, “de criação de capacidades administrativas, gerenciais e de prestação dos serviços de saúde, em todo o país e, especialmente, em suas regiões mais pobres”, para por em prática um sistema que atendia na época mais de cem milhões de pessoas com realidades socioeconômicas e regionais diferentes. Até mesmo por essa grandeza o SUS esbarrou em dificuldades de todo tipo, como: as costumeiras dificuldades financeiras, institucionais e de baixa eficácia, e também as relativas às iniquidades com que grupos da população se beneficiam dos seus serviços, refletindo em boa parte a dificuldade maior de se reverter o antigo modelo “hospitalocêntrico” e implantar de fato o modelo assistencial preconizado pelo seu desenho original, com ênfase na atenção preventiva e primária (Draibe, 2003, p. 81).

No período em que o país foi governado por Itamar Franco (1992-1995), o SUS, apesar do pouco tempo de existência, já sofria com pontos positivos e negativos. Ao mesmo tempo em que os recursos escassos dificultavam sua viabilização, alguns fatos aparentavam reforçar o Sistema, como: influência da sociedade civil na política de saúde através do Conselho Nacional de Saúde, assim como nos conselhos estaduais e municipais; municipalização da

saúde, reconhecendo a diversidade das situações (NOB-93)⁵⁵; a busca de modelos assistenciais alternativos por governos estaduais e municipais (PAIM, 2008).

Nos anos seguintes, o governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) assume o poder e se compromete a dar ênfase nas áreas da saúde e educação, porém, na prática seu governo dedicou maior preocupação com a situação econômica e administrativa do país. Com um governo focado no ajuste macroeconômico e na Reforma do Estado, a saúde continuou com problemas no projeto de implantação do SUS, devido à falta de recursos (PAIM, 2008).

O SUS, por sua vez, ainda que subfinanciado e influenciado por um clientelismo político-partidário, gerou uma extensão da cobertura de serviços de saúde para a população brasileira. Na onda da Reforma Administrativa, o então presidente Fernando Henrique diz que o problema da saúde não é a falta de recursos e sim a administração. Ainda que os recursos da área tenham diminuído, o presidente troca o Ministro da Saúde, sai Asid Janete e entra Carlos César Silva de Albuquerque, médico que fora presidente do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e que tinha uma grande experiência administrativa (PAIM, 2009).

Com ordens de fazer uma “cirurgia” no SUS, o novo ministro focou na mudança do modelo de atenção, através do Programa Saúde da Família (PSF) propondo uma ampliação de 847 para 3.500 Equipes de Saúde da Família (ESF). A expansão desse programa foi um dos objetivos do governo FHC, tanto em seu primeiro mandato, quanto no segundo. Segundo Paim (2009), o projeto de democratizar a saúde, proposta pela Reforma Sanitária, foi aos poucos perdendo espaço para questões institucionais e para a implementação de um novo modelo de atenção à saúde.

No que tange aos anos 2000, sobretudo o período de 2003 a 2010, que corresponde aos oito anos do governo Lula, é possível notar que houve a preocupação do Ministério da Saúde de expandir o SUS, sobretudo, por meio do Programa Saúde da Família. No fim de 2003, realizou-se a 12ª Conferência Nacional de Saúde, a qual teve por objetivo deliberar sobre as diretrizes nacionais do setor. O resultado da Conferência é o Plano Nacional da Saúde – 2004/2007, lançado pelo Ministério da Saúde em 2004 (Fagnani, 2011).

⁵ Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93.

Para Menicucci (2011), Lula e sua equipe colocam a implementação gradativa do SUS na agenda governamental. O Plano apresentado para a Saúde nessa gestão (2004/2007) incluía dentro das suas propostas a ampliação do Programa Saúde da Família, o reforço da atenção básica, o aprimoramento das relações intergovernamentais, a ampliação do acesso e a garantia da integralidade da assistência. Algumas ações são inovadoras como: a Política de Saúde Bucal, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a Farmácia Popular. Outras são incrementais, como: ampliação da atenção básica por meio do PSF, aumento do piso dos recursos da Atenção Básica, expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), tentativa de mudança do modelo de atenção à saúde.

Um momento histórico que influenciou na gestão do SUS, deu-se por meio das tensões paradigmáticas: Estado Mínimo x Estado de Bem Estar Social entre os anos de 1990 e 2002, que se fizeram presentes entre os anos de 2003 e 2005, arrefecendo-se entre 2006 e 2010, quando a crise financeira internacional (2008) mitiga a hegemonia do pensamento neoliberal, fazendo com que o Estado Mínimo perca suas forças e dê espaço para que os princípios básicos do SUS possam ser implementados. Mesmo com empecilhos, o SUS consegue se estruturar ao longo do tempo, e aos poucos esse gigantesco sistema foi sendo formulado e reformulado (Fagnani, 2011).

Cabe destacar algumas nuances do modelo de saúde preventiva que no SUS tem a atenção básica como seu principal meio de implementação. Institucionalmente, as políticas de saúde no Brasil são organizadas pelo Ministério da Saúde nas seguintes categorias: níveis de atenção: assistência farmacêutica, atenção básica, média e de alta complexidade; grupos populacionais específicos (mulheres, crianças, idosos, trabalhadores, entre outros); ações de vigilância em saúde (vigilância de doenças, agravos e seus fatores de risco e vigilância ambiental). Em se tratando de implementação foi previsto a atuação das três esferas de governo (União, Estados e Municípios), por meio de seus órgãos setoriais: Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde (IPEA, 2011).

Mais de duas décadas após sua “criação”, o SUS tornou-se um complexo sistema que traz dentro do seu bojo diferentes modelos de atenção à saúde. Sua configuração não rompeu “com o modelo capitalista periférico de organização dos serviços de saúde fortemente identificados com a medicina curativa”, modelo que marcou predominantemente a formação histórica da área de saúde no Brasil, ainda que com as reformas que deram origem ao SUS

seja evidente a busca por implementar e fortalecer a saúde coletiva no país (Heimann; Mendonça, 2005, p. 484).

O modelo de saúde preventivista adotado como base conceitual do SUS e que visa aplicar os cuidados primários, modifica tanto às políticas de saúde, quanto a própria prática dos cuidados à saúde, incluindo uma reformulação conceitual, ressignificando assim a saúde enquanto um todo. Onde conceituar saúde tornou-se ainda mais complexo quando líderes e intelectuais prometeram “saúde para todos”. Adventos como a definição da OMS, em 1946 que tratava a saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença ou incapacidade e o lançamento da campanha mundial pela atenção primária à saúde na cidade de Alma-Ata, em 1978, que reforçou a definição de 1946 e enfatizou a saúde como um direito humano fundamental (OMS, 1978), colocou em cheque a concepção da saúde como a arte de curar, que prevalecia num contexto onde “a epidemiologia era apenas uma das ciências básicas da saúde” (Almeida Filho, 2011, p.7, 8),

A saúde é um conceito amplo e complexo podendo ser encarado como um problema que é simultaneamente filosófico, científico, tecnológico, político e prático. Isto é: a saúde constitui um objeto complexo, referenciado por meio de conceitos (pela linguagem comum e pela filosofia do conhecimento), apreensível empiricamente (pelas ciências biológicas e, em particular pelas ciências clínicas), analisável (no plano lógico, matemático, probabilístico, pela epidemiologia) e perceptível sobre seus efeitos sobre as condições de vida dos sujeitos (pelas ciências sociais e humanas) (Almeida Filho, 2011: 26).

Desde que a saúde passou a ser um direito constitucional, o Estado buscou desenvolver estratégias que possibilitassem a implementação desses princípios. A atenção básica tornou-se, assim, um dos eixos estruturantes do SUS e uma das prioridades do Ministério da Saúde e do governo federal (Brasil, 2013).

2.1.2. Problemas identificados

Apesar das dificuldades de implementação do SUS, algumas políticas e programas que buscavam atender aos princípios constitucionais de saúde foram criados. Como exemplo, durante a primeira metade dos anos 1990, mais precisamente em 1994, o Ministério da Saúde iniciou o Programa Saúde da Família, cujo principal objetivo era organizar “a prática da

atenção à saúde por meio de novas bases, substituindo o modelo tradicional, fazendo com que a saúde chegue mais perto das famílias, a fim de que houvesse uma melhoria na qualidade de vida dos brasileiros” (Rocalli; Lima, 2006, p. 715).

A solução para a demanda dos secretários, o Programa Saúde da Família (PSF), agregava três programas: o de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o da Saúde da Família e o de Interiorização do SUS. Teve também como fator importante o interesse da UNICEF de apoiar programas de atenção básica. Ressalta-se ainda que esse movimento de "olhar a família" se deu em muitos países e que a formulação do PSF teve a seu favor o desenvolvimento anterior de modelos de assistência à família no Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra, que serviram de referência para a formulação do programa brasileiro. Assim o Ministro da Saúde reuniu uma demanda com uma solução já existente (tanto em outros países como em alguns estados) e desenvolveu um novo programa (Rosa; Labate, 2005).

Acerca da problemática enfrentada na prestação dos serviços públicos de saúde apresentadas a todo o momento, e denunciadas também pelo Conselho Federal de Medicina (2014), referem-se às filas frequentes de pacientes nos serviços de saúde, demora excessiva entre a marcação e a realização de consultas e procedimentos, falta de leitos hospitalares, profissionais da área da saúde insuficientes para atender a demanda da população, escassez de recursos financeiros, materiais e humanos para manutenção dos serviços de saúde para operacionalização com eficácia e eficiência, atraso no repasse dos pagamentos oriundos do MS para os serviços conveniados, baixos valores pagos pelo SUS aos diversos procedimentos médicos hospitalares, aumento de incidência e o ressurgimento de diversas doenças transmissíveis, submissão do SUS a interesses partidários na ocupação de cargos de confiança, falta de efetividade na influência da sociedade civil e dos conselhos de saúde sobre a formulação de políticas e de estratégias do SUS (Teles *et al.*, 2013).

2.2. Gestão da saúde nos Municípios

A Federação brasileira é singular por sua extensão e pelo grau de autonomia dos seus membros. É composta pela União, 26 estados, o Distrito Federal e por 5.568 municípios, totalizando 5.596 entes federados autônomos política e administrativamente, muitos diversos em tamanho de população, desenvolvimento socioeconômico e capacidades estatais. Além dos desafios inerentes ao modelo federalista, à implementação de uma política nacional e à

garantia de direitos, no campo da saúde, conforme a CF/1988 na qual determina a atuação conjunta de todos os entes, estabelecem responsabilidades solidárias quanto à garantia de acesso aos bens e serviços de saúde em todo o território nacional, de forma universal, igualitária e integral (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas, 2010).

Isso impõe um grande desafio de coordenação dos esforços na Federação, em relação à União e aos estados, além de exigir expressivo empenho de colaboração entre os municípios.

Alguns mecanismos de coordenação intergovernamentais foram instituídos no SUS desde a sua criação, como o estabelecimento de responsabilidades compartilhadas na condução de determinada política ou gestão de serviços; a criação de instâncias e de instrumentos para a pactuação dessas responsabilidades; e o repasse de recursos federais e estaduais de forma vinculada aos municípios, que são os principais executores de ações e serviços de saúde (Welter, 2012).

Dentre esses mecanismos, as transferências de recursos vinculados a aplicações específicas cumpriram papel central ao longo desses quase trinta anos de existência do sistema. Favoreceram ou promoveram a organização e a implementação de políticas nacionais bem sucedidas, a exemplo a Estratégia Saúde da Família, o Programa Nacional de Imunizações e o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, que passaram a ser executadas a partir de 1996. A coordenação expressa o reconhecimento da interdependência entre os três níveis de governo para alcançar os objetivos fixados nacionalmente, além da necessidade de assegurar convergência, reduzir desigualdades regionais e garantir resultados social e institucionalmente consistentes (Gouveia *et al.* 2009).

Apesar do progresso no debate público sobre a relevância dos mecanismos de coordenação do SUS, bem como das alternativas ao seu aperfeiçoamento, em 2017, os gestores do sistema, representados pelo Ministério da Saúde, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), propuseram e têm defendido a total desvinculação dos repasses federais a aplicações específicas (políticas, programas e serviços de saúde), sob o argumento de que essa medida contribuiria para a melhoria da eficiência no sistema e seria condição para o respeito à autonomia municipal e fim da tutela da União na área da saúde (Brasil, 2017).

A partir da publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS)⁶, a regionalização foi adotada como uma diretriz crucial para a efetividade do SUS. Instituiu-se a chamada região de saúde, recorte territorial que tem por base o agrupamento de municípios vizinhos, “delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”. Há também a Rede de Atenção à Saúde (RAS), que se caracteriza como “o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescentes, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (Brasil, 2011).

Ampliaram-se os instrumentos de gestão regional com a criação dos planos diretores de regionalização e dos colegiados de gestão regional, que incrementaram rapidamente a sua presença a partir de 2002. As regiões de saúde foram fortalecidas, passando a contar com instituições de governança que pudessem atuar na avaliação sistemática das necessidades regionais de saúde e na estruturação de uma rede de serviços e ofertas. Enfatizando a necessidade de cooperação e articulação intergovernamental e ampliando as funções dos entes subnacionais, esse movimento representou uma efetiva inflexão das relações federativas do SUS (Lima *et al.*, 2012, p. 1906).

A gestão participativa ou cogestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo. Deve-se conhecer a realidade institucional, criar espaços de discussões para contextualizar impasses.

2.2.1. Enquadramento; Descrição

No contexto da gestão em saúde, essa é de suma importância para muitos fatores que regem o andamento da célula saúde de um município, estado ou federação, compreendendo escolhas, decisões, hierarquização de atos e participação popular. Ela deve permitir o diálogo sobre a diversidade humana, reconhecendo suas semelhanças e diferenças, não omitindo a contribuição das ações individuais nesse processo. Cabe-lhe ainda identificar a nova visão da saúde e de suas práticas e necessidades, incluindo o estabelecimento de equipes competentes e a correlação entre as ações de saúde (Erdmann *et al.*, 2006).

⁶ Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, que aprovou a Norma Operacional da Assistência à Saúde/NOAS-SUS 01/2002. Diário Oficial da União, Brasília, v. 139, n. 40, p. 52-68, fev. 2002.

A saúde é, além de uma política pública, uma política social. Isto é, se política pública tem um escopo amplo, as políticas sociais são ligadas a direitos sociais e a um tipo específico de Estado, e versam sobre áreas específicas como previdência social, educação fundamental, assistência social, saúde, saneamento e habitação popular. No aspecto teórico conceitual, a política pública em geral e a política social em particular são campos multidisciplinares, com foco nas explicações sobre a natureza da política pública e seus processos (Souza, 2007).

Os municípios, por sua vez, são considerados os principais responsáveis pela saúde de sua população. Com o Pacto pela Saúde de 2006 o município se tornou o principal responsável pela saúde pública de sua população, cabendo ao gestor municipal assumir a "plenitude da gestão das ações e serviços de saúde oferecidos em seu território" (Brasil, 2007, p. 4).

A gestão municipal fica a cargo das secretarias municipais de saúde e essas devem utilizar tanto os recursos próprios quanto os repassados pelos estados e União para implementar as políticas da área. Cabe ao município implementar as políticas federais e estaduais, conforme as diretrizes definidas pelos níveis superiores, detendo maior ou menor autonomia de ação conquanto menor ou maior seja, respectivamente, o grau de regulamentação estabelecido por União e estados para constranger os municípios a seguirem suas diretrizes, inclusive através da normatização do repasse de recursos (Vinicius, 2014).

Por outro lado, os municípios também, podem formular e implementar suas próprias políticas de saúde, quando supostamente detêm maior autonomia de formulação, gestão e implementação, mas o que depende, para muitos deles, do tamanho do orçamento e da economia de acordo com o Produto Interno Bruto (PIB) locais. Em caso do município não possuir todos os serviços de saúde, de não dispor de recursos para cria-los e coloca-los em funcionamento, ele pode fazer um pacto com cidades de sua região, buscando, assim, cumprir a diretriz do SUS na qual garante um atendimento integral à saúde (Souza, 2007).

No que tange a descentralização da gestão das Políticas Públicas há que enfatizar as institucionalidades participativas, como os conselhos municipais de saúde, que legitimam como espaços onde possibilitam a busca dialogada de soluções aos problemas trazidos pela sociedade civil organizada e pelo próprio governo.

Nesse contexto surgem fóruns de gestão de políticas públicas, em especial, os conselhos gestores municipais, que se configuram em espaços públicos de participação e articulação entre governo e sociedade, ante a responsabilização partilhada na gestão que passa a requerer dos sujeitos envolvidos um “fazer parte efetivo” no desencadear do processo de desenvolvimento político e social (Kleba; Zampirom; Comerlatto, 2015).

Esse controle social pode ser compreendido como a “responsividade direta dos governantes às demandas da sociedade e à capacidade desta em responsabilizá-los em caso contrário”, sendo tal relação ampliada ao se incorporar aspectos que visem aumentar a eficiência econômica e social na utilização dos recursos públicos, mediante a descentralização decisória sobre as políticas públicas (Gomes, 2013, p. 8).

Sendo assim, a participação popular representa uma das expressões mais significativas da cidadania, podendo ser exercida por meio de envolvimento direto em todo o processo de gestão dos recursos públicos, que vai desde o planejamento até o controle social das ações governamentais. Essa participação direta da sociedade aumenta a demanda pela transparência dos atos praticados pelos agentes públicos e pelo amadurecimento dos instrumentos de *accountability* (Oliveira, 2006).

O termo *accountability* entrou para o léxico da teoria política contemporânea e se tornou um princípio fundamental do ordenamento democrático, pois exige a implantação de uma política de transparência das ações do Estado. Com base na ideia de controle dos cidadãos sobre o governo e deste sobre si mesmo, o conceito de *accountability* assume um forte apelo moral. (Filgueiras, 2011.)

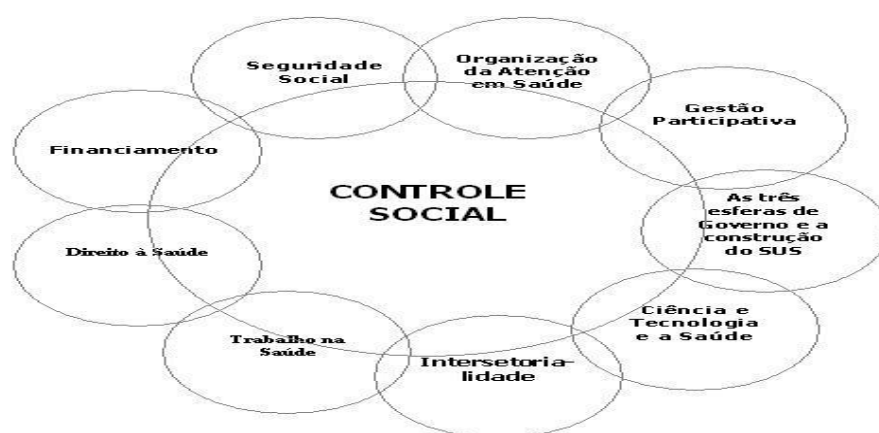
A Lei Orgânica da Saúde nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, regulamentou o processo de inserção dos sujeitos na construção de políticas públicas e estabeleceu a participação da comunidade na sua gestão, através dos conselhos e conferências. No âmbito municipal, o conselho caracteriza-se como um pré-requisito obrigatório à municipalização, fazendo parte do sistema de decisões das políticas locais (Saúde, 2012)

A participação ou controle social instituído como um princípio do SUS garante a participação da população na formulação e controle das políticas públicas, através dos conselhos e conferências de saúde. Sendo assim, dentre as funções dos conselheiros encontra-se o

exercício desse controle e a participação ativa e horizontalizada na gestão das políticas públicas de saúde (Cotta; Cazal; Rodrigues, 2009).

Sendo estes os espaços de gestão participativa, os conselhos e as conferências, se consolidam como forma inovadora de participação social na gestão das políticas públicas, caracterizando-se como espaços apropriados para o exercício de uma cidadania ativa (Colliselli, 2009). Tais fatos corroboram que o controle social é um processo no qual a população participa, por meio de seus representantes, garantindo e deliberando a execução das políticas públicas, as políticas de governo como se observa na Figura 1:

Figura 1 - controle social instituído como um princípio do SUS



Fonte: <http://conselho.saude.gov.br/conferencia/docs/Grafico.jpg> (2019).

Dessa forma o Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do SUS em cada esfera de governo (Brasil, 2012). Também são espaços participativos de aproximação entre as instâncias governamentais e não governamentais promovendo a corresponsabilização entre estas, o diálogo, a contestação e a negociação a favor da democracia e da cidadania (Saúde. B. M., 2009).

Para tanto, os Conselhos e as Conferências de Saúde são espaços privilegiados de proposição e controle das ações do setor. Os movimentos sociais, cuja ação esteve represada durante os longos anos da ditadura militar, passaram, a partir de então, a encontrar um espaço de manifestação, mesmo que dentro dos limites do Estado. A participação popular na elaboração, implementação e fiscalização das políticas públicas tomou uma dimensão sem precedentes,

possibilitando, de alguma forma, o aumento da eficácia e abrangência das ações públicas, assim como da capacidade de formulação dos movimentos sociais (Mateos, 2011).

No âmbito da Saúde, a regulamentação específica destes espaços se deu com a Lei nº 8142, de 1990, que legitimou a atuação dos conselhos na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Conforme a referida lei:

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (Brasil. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990).

Com esse instrumento, os cidadãos ganham a oportunidade de observar os trabalhos realizados pela administração estatal e analisar se os governantes estão agindo em função do interesse da coletividade. Ressalta-se que essa observação consolida-se em quatro fundamentos: relações éticas, conformidade, transparência e prestação responsável das contas (Matias-Pereira, 2009).

Para tanto, o controle social da sociedade sobre o Estado é o processo de aprimoramento da democracia deliberativa mediante ao ato de controlar as ações do Estado, na esfera pública, por meio do exercício efetivo da cidadania. Sua abrangência comporta todos os canais (formais e informais) e ações empreendidas pela sociedade para ampliar o desenvolvimento do poder local e das demais escalas, bem como controlar a atuação do Estado no ciclo das políticas públicas (Silva, 2015, p.137).

Ainda que os conselhos de políticas públicas tenham sido instituídos no Brasil no final da década de 1980, os conselhos já existiam na vida política das sociedades, sendo que eles têm demasiada importância para o debate e amadurecimento de diferentes posicionamentos políticos, a exemplo dos partidos de direita e de esquerda. Para o primeiro, eles são concebidos como mecanismos de colaboração, enquanto que, para o segundo, os conselhos

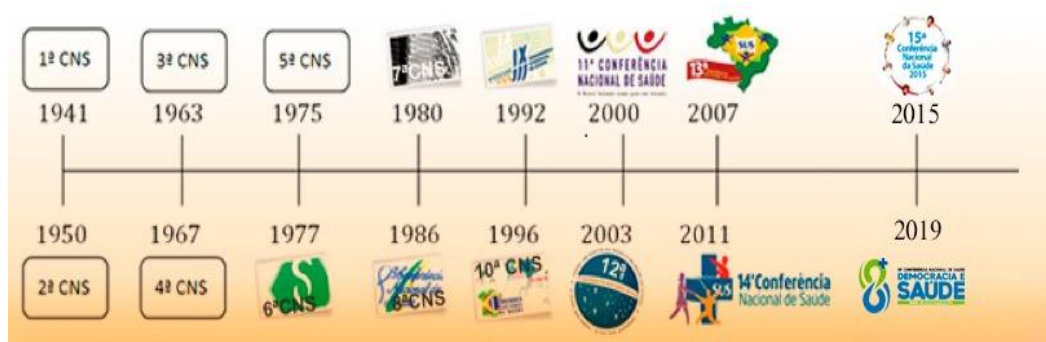
são pensados como possibilidades de mudanças sociais no sentido de democratização das relações de poder (Lima, 2014).

A área da Saúde foi precursora no processo de institucionalização dos conselhos gestores no Brasil, o primeiro CNS surgiu há quase oitenta anos, mais precisamente em 1937, por meio da Lei nº 378, seus membros eram indicados pelo Ministro de Estado e debatiam apenas questões internas. Na década de 70 a atuação do CNS foi ampliada, o foco dos debates passa a ser a promoção, proteção e recuperação da saúde, no mesmo período iniciou o movimento de reforma sanitária, grupo responsável por discussões importantes como integralidade, descentralização e a universalização do acesso à saúde. O fortalecimento da relação da saúde com a democracia está nas raízes nesse movimento (CNS, 2016).

Este processo culminou na histórica VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, cujo relatório final recomendava, entre vários pontos, que houvesse a reformulação do CNS, que deveria ter composição mista, com membros do Estado e atores da sociedade civil, essa e outras reivindicações maduraram e serviram como argumento para os deputados constituintes elaborarem o artigo 196 da CF - "Da Saúde". As propostas da Reforma Sanitária resultaram, por fim, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a CF de 1988 e na criação do SUS. Além disso, em 28 de dezembro de 1990, a Lei nº 8.142 instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde, instâncias de Participação e Controle Social (Almeida, 2011; CNS, 2016).

A Conferência de Saúde é realizada a cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, esta é convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2016). A seguir a figura 2 apresenta a linha do tempo das Conferências Nacionais de Saúde realizadas no Brasil:

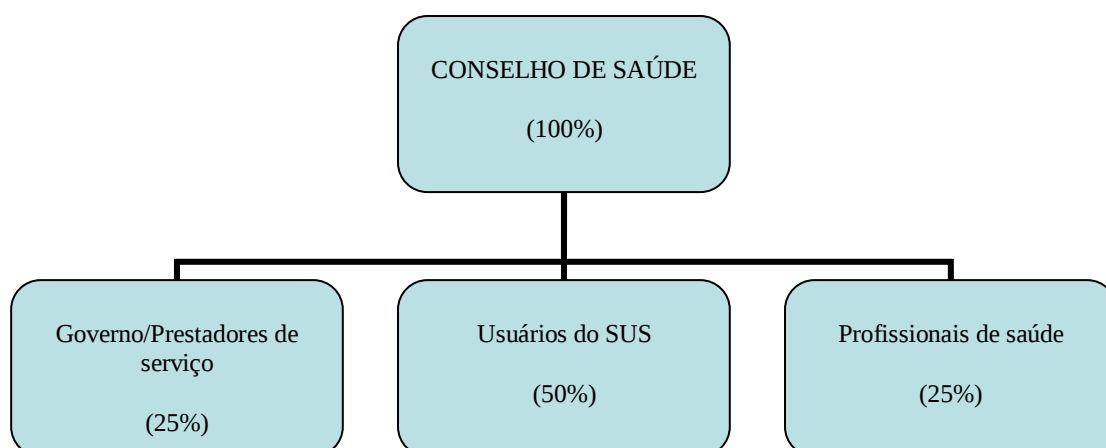
Figura 2: Representação esquemática das Conferências Nacionais de Saúde



Fonte: <https://www.ufrgs.br/ppgcol/wp-content/uploads/Linha-do-Tempo> (2019).

Respeitando-se além das legislações vigentes, as estruturas dos conselhos seguem as orientações da Resolução nº 333 de 4 de novembro de 2003, do CNS. Esta elucida que a composição dos conselhos atenderá a dois critérios: o da paridade e o da representatividade. Sobre paridade, o CNS (2016) esclarece que o percentual de conselheiros que representam os usuários dos serviços de saúde (50%) deve ser idêntico ao percentual de conselheiros que representam outros segmentos da sociedade (50%). Já por representatividade entende-se que o conselho tem de representar toda sociedade, para isso cada conselheiro deve atuar como interlocutor de um segmento específico. A figura 3 traz um panorama da paridade e da representatividade a que o conselho municipal de saúde deva estar composto:

Figura 3 – Composição e paridade dos Conselhos de Saúde.



Fonte: Resolução CNS nº 333 (2003).

Os usuários do SUS são representados por entidades e movimentos sociais; os profissionais de saúde são representados pelas entidades de profissionais de saúde (sindicados, conselhos profissionais, etc.), incluída a comunidade científica; o governo se faz representar por profissionais que atuam junto ao gestor e por ele são indicados; e os prestadores de serviço são representados por instituições prestadoras de serviços de saúde e de entidades nacionais empresariais com atividades na área da saúde. Assim ocorre a complementaridade do conjunto de forças sociais consideradas pelo Conselho de Saúde.

De acordo com o Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS), no ano de 2017, o Brasil tinha ativos 5.631 conselhos de políticas públicas de saúde, entre municipais, estaduais, distritais e de saúde indígena. Esses devidamente cadastrados junto ao Conselho Nacional de Saúde e ao Ministério da Saúde.

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) tem como finalidades precípuas as ações deliberativas e finalizadoras, e ainda, as funções normativas, consultivas e organizacionais do SUS, do Plano Municipal de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde, abrangendo a política pública estabelecida para o município, a ser executada pela Secretaria Municipal de Saúde (CMS, 2019). Dessa forma, o CMS de Nina Rodrigues-MA tem a seguinte organização conforme seu regimento:

1 – Plenário

2 – Mesa diretora

3 – Secretaria executiva

Art. 5 - O Plenário do Conselho Municipal de Saúde é o fórum de deliberação plena e conclusiva, configurado por Reuniões Ordinárias e Extraordinárias, de acordo com requisitos de funcionamento estabelecidos no seu Regimento.

§ 2º A Mesa Diretora do Conselho Municipal de Saúde, é o órgão administrativo criado com finalidade de garantir o pleno funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Nina Rodrigues-MA e terá para isto uma Secretaria de Apoio.

Art. 27 paragrafo único – a Secretaria Executiva é o órgão vinculado ao Secretário (a) Municipal de Saúde, tendo por finalidade a promoção do necessário apoio técnico-

administrativo ao Conselho, suas Comissões e Grupos de Trabalho, fornecendo as condições para o cumprimento das competências legais expressas nos Capítulos I e II deste Regimento.

A diretoria do Conselho Municipal de Saúde é composta por membros efetivos e suplentes, todos eleitos pelo Plenário para ocupar os seguintes cargos: Presidente; Vice-Presidente; 1º Secretário; 2º Secretário; Tesoureiro; 1º Suplente e 2º Suplente (CMS, 2019).

Para execução de suas funções, o CMS reúne-se em sessão plenária, ordinariamente uma vez por mês, sendo as últimas quartas feiras de cada mês, e, extraordinariamente, por convocação de seu Presidente ou em decorrência de requerimento da maioria absoluta dos seus membros. As reuniões serão iniciadas com a presença mínima de 50 % + 1 (cinquenta por cento mais um) dos seus membros, com a tolerância máxima de quinze (15) minutos de alterações do horário previsto (CMS, 2019).

São algumas competências do CMS do Município de Nina Rodrigues - MA:

- I. Atuar na formulação e controle da execução da política Municipal e de Saúde do Município;
- II. Deliberar sobre os modelos de atenção a saúde da população e de gestão do SUS;
- III. Estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração Atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da Política de Saúde Municipal, bem como na fiscalização das atividades executadas com os recursos orçamentários advindos do Fundo Municipal de Saúde e/ou convênios.
- IV. Propor critérios e prioridades para a programação e o acompanhamento da movimentação, bem como, para execução financeira e orçamentária dos recursos do Fundo Municipal de Saúde;
- V. Acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços de saúde prestados à população pelos órgãos e entidades públicas e privadas integrantes do SUS ou não, no âmbito do Município;
- VI. Definir critérios de qualidade para o funcionamento dos serviços públicos e privados de Saúde no âmbito do SUS;
- VII. Definir critérios para celebração de credenciamentos, contratos ou convênios entre o setor público, entidades privadas de Saúde, no que tange à prestação de serviços de Saúde, observados os preceitos da Legislação vigente;

VIII. Estabelecer diretrizes e prioridades quanto às situações especiais e de emergências no desenvolvimento do Sistema Municipal de Saúde (CMS, 2019).

A composição do plenário está em conformidade com o Art. 3º da Lei nº 391 de 21 de outubro de 2015, garantindo a paridade dos usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos. A representação dos órgãos e entidades inclui um titular e um suplente. O CMS de Nina Rodrigues-MA se caracteriza de acordo com a paridade entre usuários do SUS e, demais representantes (CMS, 2019), sendo observada a sua estrutura conforme o Quadro 1:

Quadro 1 – Composição do CMS/Nina Rodrigues-MA

<i>Paridade do CMS Nina Rodrigues-MA</i>	<i>(n)</i>	<i>(%)</i>
<i>Representante do Governo Municipal</i>	04*	25,0
<i>Representante dos Profissionais de saúde no âmbito Municipal</i>	02	25,0
<i>Representante dos usuários</i>	06	50,0
<i>Total</i>	12	100,0

*representante da estrutura organizacional do município (03) e representante da SEMUS, membro nato (01).

Fonte: Conselho Municipal de Saúde de Nina Rodrigues (2019).

Mesmo com a criação do SUS na década de 1990, o Brasil não dispunha de um modelo de assistência em saúde que correspondesse às necessidades de atenção e cobertura da população. Sendo assim, em 1994, houve a criação do Programa Saúde da Família, a partir dos resultados positivos do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (Corbo, Pontes, Morosini, 2007).

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foram inseridos no âmbito do SUS no início da década de 1990, com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), porém, a profissão só foi regulamentada pela Lei n. 10.507/2002, que definiu suas funções básicas como as atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio das ações educativas (Peixoto et al., 2015).

O ACS passou a integrar as equipes de Saúde da Família, contribuindo para que as atribuições e as responsabilidades da Atenção Primária à Saúde (APS) sejam executadas adequadamente. A partir de 2006, o PSF passou a ser denominada ESF, com o objetivo de fortalecer a APS, baseado em um modelo de organização centrado na família, com enfoque territorial e trabalho em equipe (Fracolli, Gomes, Chiesa, 2016).

Ainda de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), cada ESF deve ter uma população adstrita de 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, podendo ser menor que isso de acordo o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território. O número de ACS deve cobrir 100% da população cadastrada, com o máximo de 750 pessoas por cada agente, não devendo ultrapassar o número de 12 ACS por equipe (Brasil, 2012).

Dessa forma, o ACS configura-se como um ator importante, haja vista que, este se constitui como o elo entre os usuários e os serviços de saúde, além de acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, identificando pessoas vulneráveis a situações de risco e encaminhando estas para os serviços de saúde (Brasil, 2012).

O MS confere ao ACS uma série de atribuições, dentre as quais a realização do mapeamento em sua área, identificação de indivíduos e famílias expostos a situações de risco, orientação às famílias para utilização adequada do serviço de saúde, as quais transcendem a sua formação profissional. Daí a necessidade de tais profissionais participarem de esquemas de qualificação e atualização permanentes (Silva, 2012).

Dentre as definições do perfil de ACS, os autores Santos e Fracolli (2010), inferem o planejamento e a avaliação das ações em saúde, restando previsível que o ACS seja capaz de realizar, em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito da Unidade de Saúde. O trabalho do ACS tem potencial para contribuir com o desenvolvimento de processos de envolvimento das lideranças locais nas discussões e enfrentamento dos problemas de saúde e seus determinantes sociais presentes no seu território. Portanto, este se faz representar no CMS, trazendo as demandas e problemáticas de sua clientela.

2.2.2. Problemas identificados

Os problemas na gestão em saúde contam com a falta de investimento do Estado, pouca educação permanente aos profissionais de saúde atuante no SUS, baixa remuneração e pouca participação popular, além do escasso diálogo entre gestores, trabalhadores e usuários.

Os anos entre 2000 e 2015 assistiram a alterações quanto ao financiamento da política de saúde. De um lado, a implementação da EC nº 29, em 2000, estabeleceu percentuais mínimos

para as três esferas de governo, e, em que pesem as dificuldades em sua regulamentação, nos estados e municípios o volume de recursos próprios destinados à saúde triplicou, enquanto os de origem federal foram ampliados em 75% (Piola, Paiva, & Servo, 2013).

Por outro lado, o aumento de recursos transferidos da União para os entes subnacionais ocorreu tanto em decorrência de maiores quantias alocado por aquele ente quanto pela redução no percentual do gasto federal executado diretamente. A aplicação direta do MS passou de 86,6%, em 1995, para 34%, em 2013, enquanto o gasto com transferências aos estados e ao DF saiu de um patamar de 13% para 63% nos mesmos anos (Paiva, Gonzales, & Leandro, 2017, p. 69)

Ainda de acordo com Paiva, Gonzales e Leandro (2017, p. 56), a ampliação e o fortalecimento do repasse fundo a fundo para as demais esferas de governo não foi acompanhado por mais autonomia de estados e municípios no gasto dos recursos federais. O chamado Pacto pela Saúde simplificou os mecanismos de repasse financeiro, com a redução dos repasses federais a cinco grandes blocos⁷, mas manteve os componentes internos a cada bloco de financiamento, com regulamentações específicas relacionadas aos critérios de utilização dos recursos recebidos. Com isso, de fato, o poder regulatório do governo federal manteve-se alto.

A integralidade do acesso não está garantida para uma parcela significativa da população brasileira. E essa garantia seria ainda mais frágil se, para assegurá-la, for considerada apenas a estrutura existente e disponível para o SUS em cada município.

É neste sentido que o debate sobre a descentralização e a regionalização ganhou sentido estratégico no sistema, mobilizando um conjunto de instrumentos que serão apresentados na próxima seção.

No que concerne à gestão municipal, os aspectos políticos e institucionais, dentre os quais a descontinuidade política, fragilidade técnica e alta rotatividade de secretários nos municípios; têm fragilidade estrutural e técnica das secretarias estaduais e municipais de saúde (Mello *et al*, 2017).

⁷ são eles: atenção básica; atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; vigilância em saúde; assistência farmacêutica; e gestão do SUS. Um sexto bloco, de investimentos, foi criado posteriormente. Federalismo, Integralidade e Autonomia no SUS: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação.

Refletindo sobre o papel dos governos estaduais, observa-se que esses entes “sujeitos a recorrentes crises fiscais e, em muitos casos, com abandono da agenda da saúde, não conseguem cumprir o papel estratégico e essencial de coordenar as políticas regionais em nome de maior equalização” (Ribeiro & Moreira, 2016, p. 18-19).

Destaca-se o funcionamento irregular e incipiente dos colegiados em muitas regiões de saúde, assim como a insuficiência de estrutura e recursos para fazer face às demandas por parceria e aos conflitos federativos. As dificuldades estão relacionadas à superação dos interesses eleitorais, clientelistas e corporativos presentes na cultura política municipal, bem como incapacidade para regular o setor privado contratado, seja para a gestão, seja para prestação de serviço, além de fragilidade dos instrumentos jurídicos para a garantia das pactuações (Lima *et al.*, 2012).

Conjecturam-se também como obstáculos para o avanço do processo de regionalização no SUS de acordo com Moreira, Ribeiro e Ouverney (2017, p. 22), além das fortes assimetrias regionais, outros três fatores: *i*) falta de recursos novos, que seria a barreira mais importante dada o contexto de financiamento insuficiente do sistema; *ii*) ausência de fortes coalizões de apoio à regionalização, incluindo forças político-partidárias e o Poder Executivo estadual; e *iii*) judicialização da saúde⁸, cujo crescimento poderia ser potencializado no caso de maior explicitação de responsabilidades na gestão e execução dos serviços de saúde. (Moreira, Ribeiro, & Ouverney, 2017).

O descumprimento dos princípios constitucionais do SUS e a fragilização da imagem social dos conselheiros, foram os resultados atribuídos na pesquisa realizada por Farias Filho *et al.* (2014). Há registros de que os Conselhos de Saúde não são reconhecidos por uma parcela significativa da população como representantes de seus interesses ou como responsáveis por balizar os rumos do governo (Bispo Júnior, Gerschman, 2013).

⁸ Para compreender a judicialização da saúde deve-se entendê-la enquanto uma questão ampla e heterogênea onde há reivindicação e modos legítimos de busca por parte de cidadãos e instituições representativas que são levados aos tribunais e, por consequência, colocadas sub judice, por bens de saúde, sejam eles: medicamentos, terapias, leitos, assistência em saúde, dentre outras demandas a serem protegidas pelo princípio da dignidade da pessoa humana e, enquanto direito, tutelado como direito à saúde (Diniz *et al.*, 2014).

Das dificuldades enfrentadas pelos Conselhos de Saúde, que foram destaque na pesquisa realizada por Oliveira, Ianni, Dallari (2013), têm-se à fragilidade da vida associativa, à fragilidade no vínculo entre os conselheiros e à necessidade de capacitação técnica e política, possibilitando uma intervenção mais argumentativa, falta de estrutura de trabalho, deficiências no processo de representação e participação popular, cooptação pelos governantes, problema de autonomia e organização, falta de transparência e resolutividade nas deliberações, prevalência do saber técnico, entre outros.

No que tange as dificuldades encontradas pelos ACS, foi destaque os achados na pesquisa de Oliveira et al. (2010), que estão relacionados às precárias condições de trabalho, dentre as quais citam a falta de insumos e materiais, à sobrecarga de trabalho, à falta de transporte e os riscos de vida que enfrentam para realização das visitas.

Dados apresentados na 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, realizada em março de 2006, em Brasília, registraram que, um dos problemas enfrentados pelo ACS é a perseguição política com o seu trabalho, em que os políticos enxergam os ACS's como "máquina" de votos (Dominguez, 2006).

No estudo realizado em Ribeirão Preto/SP, no ano de 2007, com um grupo de ACS's sobre o desgaste de trabalho, os resultados demonstraram como principais fatores associados: precárias condições de trabalho, dificuldades no cumprimento das metas, número elevado de famílias, baixos salários, sobrecarga de papéis sociais do ACS em assumir múltiplas tarefas do trabalho e do lar, problemas no relacionamento interpessoal com a comunidade e também com a ESF, carga emocional em relação às condições de vida das famílias e ao sentimento de impotência dos ACS's por não conseguirem resolver os problemas das mesmas (Wai, 2007).

Embora avanços na expansão e melhoria do acesso à atenção básica possam ser constatados como decorrência desses processos, as diferenças regionais na oferta de serviços de média e alta complexidade permanecem significativas e dificultam a conformação de redes de atenção à saúde. (Xavier et al., 2017).

Em relação aos prestadores públicos, Viana e Lima (2011) desde a década de 1990, que sua atuação foi ampliada em escala local, sobretudo por meio de estabelecimentos municipais ou sob a gestão dos municípios. Com a regionalização nos anos 2000 e 2010, os governos

estaduais ampliaram suas funções e os estabelecimentos sob a gestão dos estados voltaram a se expandir, ou seja, os prestadores públicos são predominantes em regiões em que é menor a atuação (ou o interesse) do mercado, como se vê em parte do Norte e interior do Nordeste.

Reforça-se e acrescenta-se nesse mesmo contexto, o que Figueiredo (2015, p. 109), argui sobre os aspectos estruturantes de alguns princípios do sistema de saúde: [...] além da universalidade e igualdade (art. 196), da relevância pública de ações e serviços de saúde, bem como da liberdade de participação da iniciativa privada na prestação da assistência (art. 199), configuram princípios estruturantes do SUS: a unidade, a regionalização, a hierarquização, a descentralização, a integralidade de atendimento e a participação da comunidade.

A maior parte dos municípios não tem condições de ofertar integralmente os serviços de saúde, faz-se necessário que haja uma estratégia regional de atendimento (parceira entre estado e município) para corrigir essas distorções de acesso. Entretanto, é necessário que existam centros de referências para atender os níveis de complexidade dos serviços (Paim, 2009, p. 59-60).

O Decreto nº 7.508/2011 enriqueceu o princípio da regionalização e explicou o que seria Região de Saúde, além disso, o Decreto criou o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP)⁹. Em suma, todas essas medidas inseridas no contexto da regionalização do SUS tinham como finalidade a gestão compartilhada, sua efetivação perante um cenário de acordos e pactos interfederativos (Figueiredo, 2015, p. 126-127).

A partir de junho de 2001, o volume de recursos transferidos pelo Ministério da Saúde para os estados e municípios para o desenvolvimento de ações e serviços de saúde passou a ser subdividido em: recursos para a Atenção Básica (PAB Fixo e PAB Variável), recursos para a Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças, recursos para a Assistência de Média Complexidade e recursos para a Assistência de Alta Complexidade. Sendo essas linhas de transferência e recursos demonstradas abaixo na figura 4:

⁹ O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde é um acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (Decreto 7.508 de 28/06/11)

Figura 4 – Fluxo de transferência de recursos



Fonte: <https://image.slidesharecdn.com>

Sobre os níveis de complexidade, alerta-se que o princípio estabelece a implantação e oferta dos serviços e ações de saúde em ordem crescente, que se segue do nível de atenção de menor complexidade, no caso a atenção primária até o nível de alta complexidade, embora se saiba que a maioria dos cidadãos adentra primeiro ao nível de maior complexidade sem mesmo necessitá-lo, o que acaba gerando maior demanda e maiores gastos.

No Brasil, o município pode ser reconhecido como o principal responsável pela saúde dos cidadãos, partindo de uma lógica de que quanto mais perto da realidade local, maior é a chance de decidir de forma acertada (Martins, 2011).

Para compreender melhor acerca do papel de cada esfera de governo no SUS, torna-se relevante conceituar quem são os gestores em cada nível e suas funções no SUS. Sendo assim, a figura 5 nos apresenta uma visão acerca dessa permissão:

Figura 5 – Estrutura do SUS em cada nível de esfera



Fonte: Sousa, R. R. (2016, p. 36).

Os gestores do SUS são os representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do Executivo na saúde, a saber: no âmbito nacional, o Ministro de Saúde; no âmbito estadual, o Secretário de Estado de Saúde; e, no municipal, o Secretário Municipal de Saúde. Entretanto, observa-se que são cargos de indicação política e que em sua grande maioria torna o processo de gestão cada vez mais imparcial, podendo acarretar prejuízos aos usuários do SUS.

A partir da publicação da NOAS 01/2002 os municípios poderão habilitar-se em duas condições: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena do Sistema Municipal. No caso dos Estados a NOAS prevê duas condições de habilitação: Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual.

Em se tratando da função de Gestão do Sistema de Saúde compartilhada pelos três níveis de governo tem se caracterizado por modelos distintos nos Estados. Entretanto se avançou muito no processo de pactuação das responsabilidades e atribuições da União, Estados e Municípios. Neste sentido há consenso entre os três níveis de governo sobre as atribuições básicas correspondentes a cada um no controle, avaliação e regulação da assistência à saúde, editados na portaria SAS/MS nº 423, de 24 de junho de 2002¹⁰.

¹⁰ Portaria SAS/MS nº 423, de 24 de junho de 2002. Art. 1º - Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, o detalhamento das atribuições básicas inerentes a cada nível do Governo no controle, regulação e avaliação da Assistência à Saúde no SUS.

No caso de contratos de gestão firmados com organizações sociais, não se trata da contratação de um hospital privado, mas sim da contratação de uma organização social para gerenciar um hospital público. Nesse caso a licitação é dispensável, segundo o artigo 24, inciso XXIV, da Lei nº 8666/93. O contrato de compra de serviços é a modalidade a ser estabelecida com os prestadores privados, segundo uma lógica de pagamento por produção. Como demonstrado na figura 6:

Figura 6 - Contrato de compra de serviços



Fonte: <https://player.slideplayer.com.br/3/378450/data/images/img10.png>

Compreende-se, portanto que cabe ao gestor programar e regular a oferta de serviços, assim como o acesso aos mesmos conforme as necessidades assistenciais identificadas, identificarem as referências intermunicipais e a pactuação dos recursos financeiros por município.

Cabe ressaltar que o gestor deva participar ativamente no processo de reorganização dos modelos de atenção à saúde e da própria gestão do SUS, da alocação dos recursos entre municípios e de explicitação da distribuição de competências entre as três esferas de governo.

Fazer saúde pública, por meio do SUS, é de responsabilidade da administração direta, com vinculação constitucional de receitas. Contudo, 70% (setenta por cento) destas correspondem

a recursos federais, que são, em sua maioria, repassados para fundos estaduais e municipais de Saúde, ou pagos diretamente aos prestadores de serviços (Santos, 2012, p. 93).

Sendo assim, os municípios devem entrar com contra partida de recursos municipais que na sua grande maioria são insuficientes para cobrir as ações e serviços, e que necessitam de apoio e aporte financeiro de âmbito federal.

A Portaria 399/2006 determina que, o SUS coordene as ações dos três níveis de governo: as ações de saúde pública e os serviços de saúde estatais, filantrópicos e privados. As Comissões Gestoras Bipartite (CIB) e a Comissão Tripartite (CIT), integradas por representantes das três esferas de governo, são instâncias de decisão compartilhada sobre políticas de saúde. Portanto, o SUS foi levado mais “para dentro” dos territórios, a verticalização das ações gestoras diminui e as singularidades dos territórios passam a ter mais voz (Rodrigues, Fleury, 2014).

O papel do gestor de saúde na construção, fortalecimento e defesa do SUS ganha mais destaque. Pois, operar o campo da gestão é sempre bastante complexo, são setores distintos, pessoas distintas e uma gama enorme de serviços e saberes. E, neste universo, há um secretário (a) municipal de saúde nominado com tempo de gestão delimitado politicamente enquanto durar o mandato do prefeito ou um secretário (a) estadual de saúde, enquanto durar o mandato do governador (Campos, 2015).

As funções gestoras no SUS podem ser definidas como “um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessária para a implementação de políticas na área da saúde”. Sendo identificados quatro grandes grupos de funções (macro funções) gestoras na saúde: formulação de políticas/planejamento; financiamento; coordenação, regulação, controle e avaliação (do sistema/ redes e dos prestadores públicos ou privados); prestação direta de serviços de saúde (Souza, 2002).

Uma análise geral da Lei 8.080/90 permite destacar em relação à competência de cada nível específico de gestão do SUS os pontos a seguir descritos.

Competências da União:

- Formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;

- Participar na formulação e na implementação das políticas de controle das agressões ao meio ambiente, de saneamento básico, relativas às condições e aos ambientes de trabalho;
- Definir e coordenar os sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade, de rede de laboratórios de saúde pública, de Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária;
- Participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgãos afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;
- Participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;
- Coordenar e participar na execução das ações de Vigilância Epidemiológica;
- Estabelecer normas e executar a Vigilância Sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios; • Estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;
- Promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;
- Formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;
- Identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;
- Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

- Prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;
- Elaborar normas para regular as relações entre o SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde;
- Promover a descentralização para as Unidades federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente de abrangência estadual e municipal;
- Normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- Acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;
- Elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;
- Estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

Competências do Estado:

- Promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde;
- Acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde;
- Prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
- Coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços: de Vigilância Epidemiológica, de Vigilância Sanitária, de alimentação e nutrição e de saúde do trabalhador;
- Participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

- Participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;
- Participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;
- Em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;
- Identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;
- Coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;
- Estabelecer normas, em caráter suplementar para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;
- Formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;
- Colaborar com a União na execução da Vigilância Sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- O acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da Unidade Federativa.

Competência Municipal:

- Planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;
- Participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde, em articulação com sua direção estadual;
- Participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

- Executar serviços de Vigilância Epidemiológica, de Vigilância Sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico e de saúde do trabalhador;
- Dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;
- Colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes para controlá-las;
- Formar consórcios administrativos intermunicipais; • Gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
- Colaborar com a União e os Estados na execução da Vigilância Sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- Celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
- Controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
- Normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

A partir da publicação da NOAS 01/2002 os municípios poderão habilitar-se em duas condições: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena do Sistema Municipal. No caso dos Estados a NOAS prevê duas condições de habilitação: Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual. Sendo estes fatos abordados com maior ênfase no próximo capítulo que abordará especificamente a gestão das organizações no noveis de governo.

Capítulo 3: Gestão das Organizações de Saúde

3.1 Nível nacional e regional

Para a formulação de políticas públicas é imprescindível que o Estado consiga planejar, organizar, coordenar e construir uma unidade integrada, que implemente atuações positivas e resolutivas de ações e serviços de saúde. Neste passo, o SUS é interligado por um conjunto de várias instituições, nas três esferas do governo: nível federal, estadual e municipal, com uma destinação: o bem-estar físico, mental e social dos cidadãos. E quanto ao setor privado, poderá ser integrado de forma suplementar por meio de convênios para o auxílio da harmonia do sistema (Paim, 2009, p. 58).

Os princípios da regionalização e da hierarquização remetem que os serviços de saúde devam ser estruturados a partir de níveis de complexidade, sendo estes estipulados dentro de uma determinada área (Figura 7). Essa configuração garante que um conjunto de ações e serviços de naturezas, complexidades e custos diversos supram as necessidades de saúde da população em diferentes territórios político-administrativos, de forma articulada e integrada. A regionalização é um processo de encadeamento entre os serviços, com o fito de unificação da rede pública, além disso, há a delimitação de uma base territorial para o SUS, que considera a divisão do país, mas vislumbra a delimitação de espaços territoriais específicos para o planejamento, organização e coordenação das ações de saúde, subdivisões ou agregações do espaço político-administrativo (Teixeira, 2010, p. 6-7).

Figura 7 – Organização do SUS no Brasil.



Fonte: <https://www.romulopassos.com.br>

Conforme Marques (2013), na América Latina e no Brasil, destaca-se a associação do conceito a duas formas distintas de organização do governo. Na qual, uma, está relacionada ao incremento da atuação de agentes privados nas funções e atividades do Estado e, na outra, está à ampliação da participação da sociedade nos processos decisórios.

O conceito de governança está associado à “ação de governar as políticas”, e seu uso permite problematizar o significado desse processo frente às mudanças no exercício de poder nas décadas recentes, que favoreceram a emergência de novos atores e a atuação simultânea, autônoma e interdependente de diversos grupos e organizações, públicos, privados e corporativos (Schneider, 2005).

Acrescenta-se assim, que a presença do gestor do SUS seja na esfera municipal, estadual ou nacional, aumentou tanto na sua importância quanto nas suas responsabilidades, cabendo-lhe possuir habilidades e competências políticas e técnicas articuladas, para ser capaz de responder aos vários desafios inerentes a sua atuação. Sendo assim, fomenta-se “estar” gestor de um sistema de saúde significa ultrapassar as disposições representativas, necessitando de múltiplas competências para que o processo de gestão estabelecido contribua para a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

A partir dos anos 90, quando se intensificaram movimentos de reformas de sistemas públicos de saúde e variações no exercício da autoridade estatal passaram a ser observadas, em especial na Europa e América Latina, alterações que favoreceram a ampliação da atuação de governos regionais e locais, a incorporação de mecanismos de mercado na gestão pública e a maior presença do setor privado no financiamento, na provisão e na regulação de ações e serviços (Fleury, 2017).

Corroborar desta mesma permissa Menicucci (2007) onde destaca que a participação do setor privado na prestação de serviços públicos e a fusão de interesses públicos e privados na saúde são antigas, sendo condicionadas por uma longa trajetória histórica que modulou a assistência médica previdenciária no Brasil. Com a implantação do SUS e a intensificação da descentralização nos anos 90 esse processo adquiriu novos contornos.

3.2 Nível municipal, privado e filantrópico

A descentralização permitiu a expansão de estabelecimentos públicos e privados em alguns municípios, assumindo maior autonomia na gestão dos recursos financeiros federais transferidos para o financiamento da média e alta complexidade no SUS (Almeida & Lima, 2015; Bahia, 2018.).

A NOB/96 que coloca como finalidade a responsabilização do poder público municipal com a saúde de seu território; propõe a adoção de medidas que assegurem a redefinição dos papéis de cada esfera de governo; apresenta instrumentos gerenciais para que permitam que os entes subnacionais assumam o papel de gestores do SUS; define os fluxos de financiamento, as práticas de acompanhamento, controle e avaliação do SUS; dos vínculos dos serviços com seus usuários e ênfase na atenção ao núcleo familiar; e, a definição dos subsistemas municipais de saúde. Fomentou ainda o estabelecimento de interações horizontais, interregionais, intermunicipais e interestaduais, como resposta a eventuais lacunas que a atuação federal deixou na coordenação federativa (Viana & Machado, 2009, p. 814).

Afigura abaixo representa a evolução histórica dos modelos de gestão do SUS no Brasil, sendo por meio da NOB 01/96, como já referida na qual definiu o papel e a responsabilidade da cada esfera de governo na construção de formulação do SUS até os dias atuais.

Figura 8 – Histórico de evolução dos modelos de gestão do SUS

<i>Evolução Histórica dos Modelos de Gestão do SUS</i>				
NOB-SUS 01/93	NOB-SUS 01/96	NOAS 01/2001	Pacto pela Saúde	Decreto 7.508/11
Municípios (Gestão - Incipiente, Parcial e Semi-Plena); Estados e DF (Gestão - Parcial e Semi-Plena).	Municípios (Gestão - Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal); Estados e DF (Gestão - Avançada e Plena do Sistema Estadual).	Municípios (Gestão - Plena da Atenção Básica Ampliada e Plena do Sistema Municipal); Estados e DF (Gestão - Avançada e Plena do Sistema Estadual).	Municípios, Estados e DF (Adesão ao Pacto pela Vida e Pacto de Gestão através do TCG e pactuações anuais entre os gestores de todas as esferas de governo.	Criou o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP); Esse contrato é a atual modalidade de gestão do SUS, a ser adotada por todos os entes federativos.

Fonte: <https://www.google.com.br/romulopassos>.

Nesse contexto, observar-se a necessidade de descentralizar as ações e serviços de saúde, como permissa das diretrizes organizativas do SUS. Não obstante inserem-se atores sociais com distintos interesses no processo de tomada de decisão. Nesse sentido, falar em governança nada mais é assegurar aos estados e municípios participação no planejamento, elaboração, financiamento e tomada de decisões sobre as políticas e programa do SUS.

Embora, sabe-se que a descentralização proposta pelo SUS ainda não aconteceu na sua plenitude em decorrência da verticalização das propostas bem como do poder centralizado na esfera federal.

A partir dos anos 2000, o processo de regionalização reforçou parcerias e articulações público-privadas, envolvendo governos e prestadores, nas escalas estadual e regional em um contexto de: expansão de investimentos federais e estaduais; diversificação de modelos de gestão na provisão de serviços, incluindo novas formas de terceirização, como a contratação de Organizações Sociais; e protagonismo de alguns prestadores privados, em especial os filantrópicos no seguimento hospitalar e de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (Machado, Lima, & Baptista, 2017).

Como decorrência desses processos, a interdependência entre o público e o privado na assistência a saúde é cada vez mais significativa no Brasil. Soma-se a isto, o desempenho de inúmeras funções públicas pelo privado, a delegação para organizações privadas ou civis do controle e monitoramento das ações públicas, e a forte imbricação do financiamento público e privado na política de saúde (Viana, Miranda, & Silva, 2017).

Partindo-se desse pressuposto, Xavier *et al.* (2017), inferem que a descentralização e a regionalização também tiveram efeito contraditório no enfrentamento das desigualdades. Tendo seus pontos positivos e negativos para a construção e consolidação do SUS. Onde os municípios por sua vez demandam de serviços ofertados pelo Estado e a demora e burocratização nesse processo implicam em judicialização da saúde. Cabendo ao município a reponsabilidade de executar ou pagar por serviços que não pode ofertar. Como demonstrado na figura abaixo.

Figura 9 – Instituição de regiões de saúde.



Fonte: <https://www.romulopassos.com.br>

Considerando-se a gestão das organizações de saúde, cabe ressaltar e enfatizar como pontos cruciais e negativos a escassez de recursos e estratégias inteligentes de regulamentação que só aumentam as dificuldades no campo da saúde. Ao passo que tais fatores aniquilam ou reduzem consideravelmente o direito previsto na CF, conseqüentemente corrobora no tocante a eficácia das políticas públicas, principalmente referentes à corte de gastos orçamentários, fornecimento de medicamentos, além de tratamentos de alto custo.

Enfatiza-se que o modelo de gestão pertinente ao SUS ainda encontra-se arrigado no modelo capitalista, onde ainda encontram-se organizações dos serviços de saúde focadas na medicina curativa, lembrando-se que a saúde deva ser tratada como um bem social primário, sendo ofertada a todos os indivíduos como o princípio da teoria da justiça de igual assistência.

Certamente as circunstâncias de descaso e ineficiência na gestão dos serviços de saúde do SUS contribuem para o aumento dos processos judiciais. Ademais, não se pode usurpar o direito da minoria em querer garantido o direito à saúde, sendo esta uma conduta incompatível de um Estado Democrático de Direito.

Nessa vertente, a Constituição Federal reconhece: “[...] o modelo brasileiro foi construído sob o princípio de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, portanto alicerçado no pressuposto do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação” (Nunes, 2011, p. 10).

Nesse olhar, infere-se a situação excepcional e delicada de saúde, pois a priori seria a convivência harmônica dentre diferentes grupos sociais, com uma estratégia eficaz de gestão que consiga resolver os problemas de saúde principalmente da rede pública.

Argui-se que embora haja negligência, descaso e omissão da gestão pública, mesmo assim, a saúde deve se pautar e ser construída por meio de políticas públicas eficazes, eficientes e sólidas para a população, dentro dos preceitos da Constituição e, sobretudo com a utilização dos recursos disponíveis em cada esfera de governo.

Ademais, quando se analisa o modelo adotado pelo país, é salutar enfatizar que ainda são muitos os desafios a se seguir em relação à concepção original da estrutura do SUS, o que há, de concreto, não se coaduna com o disposto na Constituição Federal. Sendo assim, o modelo de saúde utilizado tem como resolvida a questão e a saúde faz parte dos direitos e garantias constitucionalmente previstas que impõem o acesso universal e igualitário. Porém, a de se ressaltar, o que ocorre na prática, são desníveis de organização social e econômica, alto grau de desigualdades em saúde e falta de condições de prover todas as ações necessárias para esse acesso.

É sabido que a participação do setor privado na prestação de serviços públicos e a fusão de interesses públicos e privados na saúde são antigas, sendo estas condicionadas por uma longa trajetória histórica que culminou a assistência médica previdenciária no Brasil. Enfatiza-se a predominância de estabelecimentos privados (filantrópicos e/ou lucrativos) e municipais na maior parte das regiões de saúde e municípios polos regionais converge e resulta dos processos de descentralização e mercantilização, além da confluência de interesses públicos e privados na provisão de serviços de média e alta complexidade do SUS (Menicucci, 2011).

Ademais, a interdependência entre o público e o privado na assistência à saúde é cada vez mais significativa no Brasil. Associa-se a isso o desempenho de inúmeras funções públicas pelo privado, a delegação para organizações privadas ou civis do controle e monitoramento das ações públicas, e a forte imbricação do financiamento público e privado na política de saúde (Machado; Lima & Baptista, 2017).

Em um cenário de fragilidade regulatória do Estado, observa-se a concentração de poder de influência e a ampliação da escala de atuação regional dos prestadores privados. O prestador

privado atua especialmente a partir de negociações bilaterais com cada ente governamental, o que não necessariamente fortalece a lógica regional e o comando público da organização das redes assistenciais (Santos & Giovanella, 2014).

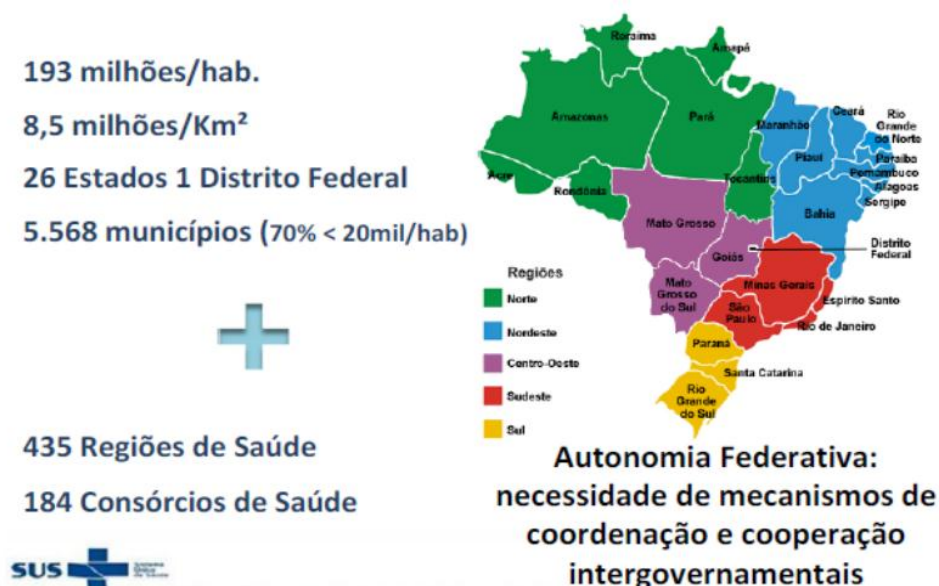
Desde a década de 1990, os prestadores públicos tiveram sua atuação ampliada em escala local, sobretudo por meio de estabelecimentos municipais ou sob a gestão dos municípios. Com a regionalização nos anos 2000 e 2010, os governos estaduais ampliaram suas funções e os estabelecimentos sob sua gestão voltaram a se expandir, mas, grosso modo, os prestadores públicos são predominantes em regiões em que é menor a atuação (ou o interesse) do mercado, como parte do Norte e interior do Nordeste (Viana & Lima, 2011).

No caso da atenção à saúde, os perfis socioeconômicos das populações, a integração e densidade da rede urbana e a riqueza das distintas regiões são fatores preponderantes no contexto da valorização do capital (Albuquerque *et al.* 2017).

Tendo em vista que o Brasil possui 435 regiões de saúde (Figura 10) para atender uma população de mais de 193 milhões/hab., o protagonismo das equipes gestoras municipais torna-se mais relevante neste novo cenário. Entretanto, mesmo diante do arcabouço legal em torno da descentralização, verifica-se que a autonomia federativa necessita da existência de efetivo compartilhamento de poder decisório, limitando-se a uma desconcentração de atividades (Silva, Souza & Barreto, 2016).

Dessa forma, em 2011, com a publicação do Decreto nº 7.508, tem início um novo redirecionamento do processo de regionalização da saúde e organização do sistema com destaque para as funções de planejamento, assistência à saúde e articulação Interfederativa. As novas orientações alteram a denominação do Colegiado de Gestão Regional para Comissão Intergestores Regional - CIR e propõe o estabelecimento do Contrato Organizativo da Ação Pública - COAP como instrumento de organização e integração das ações e serviços de saúde no território. Nestes estariam definidos. [...] responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, Decreto nº 7508 de 2011, art. 1º).

Figura 10 – Dimensão do SUS



Fonte: César Monte Serrat Titton. Superintendente de Atenção à Saúde/SMS. Curitiba.

Ao se mencionar a questão da descentralização, a de se enfatizar que além do compartilhamento de responsabilidades, há a transferência de poder administrativo, político e financeiro, dessa forma os gestores possa ampliar sua capacidade de gestão (Santos et al., 2012).

Esta, por sua vez, pode ser compreendida em três dimensões, a saber: dimensão organizacional, com foco no formato do processo decisório; operacional, relativa à capacidade de execução, incluindo-se as iniciativas da gestão para manter e expandir as condições logísticas e gerenciais da organização, por meio da mobilização de recursos; e dimensão da sustentabilidade, que representa a forma como os gestores constroem a capacidade de sustentar os resultados de gestão (Guimarães, Melo, Santos, & Sanches Filho 2012).

Corroborar-se desta permissão ressaltando-se o que Gil; Luiz e Gil (2016) complementam acerca da importância dos elementos estratégicos para a gestão atuar e trabalhar no enfrentamento dos problemas, na capacidade de gestão e no desenvolvimento de ações que atendam às necessidades e expectativas da população e dos trabalhadores do SUS.

Dessa forma, emerge a necessidade de reconhecimento da realidade municipal e regional, sendo necessário à identificação dos instrumentos de gestão e planejamento mais pertinentes para o desenvolvimento de redes reais, valorizando assim o modo de viver, a cultura, as condições sociais e demográficas e o melhor uso dos recursos existentes em cada território (Geremia, 2015).

Sobre essa ótica vislumbra-se a importância da necessidade da análise de saúde da população que permite a gestão organizar uma rede estruturada para sanar os principais agravos. Nesse contexto, o Decreto nº 7.508/2011 institui a formulação do Mapa da Saúde, descrito como uma caracterização dos recursos humanos, ações e serviços de saúde ofertados a partir da capacidade instalada do território e dos indicadores epidemiológicos (Brasil, 2011).

Consequentemente, esses indicadores gerados a partir dos dados epidemiológicos de saúde resultam em instrumentos valiosos à gestão pública, podendo subsidiar ações em todos os níveis da rede de atenção à saúde (Pereira; Tomasi, 2016).

Torna-se necessário a compreensão de que a constituição do direito à saúde seja fundamental para entender as influências que o modelo de saúde vigente tem acerca do cotidiano dos indivíduos categorizados como grupo de risco, população chave, população prioritária, portadores; ou ainda para pensá-la como estratégia de enfrentamento das desigualdades sociais.

Acerca das diretrizes incorporadas ao SUS, cujo objetivo precípua é a corresponsabilização dos entes federativos com a saúde enquanto direito de cidadania e dever do Estado, transformaram-se em estratégias para a expansão da rede de saúde que, promoveram mais a descentralização da execução de atividades e procedimentos do que a autonomia política e financeira dos demais entes, pois tanto o poder decisório quanto os caminhos a serem adotados pelos demais entes na política de saúde, quanto os recursos continuavam (e continuam) predominantemente concentrados no governo federal (Viana, 2014.).

Em 1995, o MS desencadeia a discussão sobre o processo de descentralização da saúde nos diversos estados brasileiros, identificando cinco modelos de gestão, como ressalta Lucchese (1996, p.131- 132):

a) modelo de gestão centralizada - a gestão do sistema permanece com o estado, que centraliza os instrumentos de planejamento, programação, controle e avaliação da rede de serviços, ainda que a gerência de unidades estaduais seja transferida para municípios.

b) modelo descentralizado por partilha - a gerência das unidades é estabelecida por partilha, a partir de interesses específicos; isto é, não existe uma racionalidade técnica para a organização do sistema: esta é definida em parceria pelo gestor estadual e gestores municipais (gestão fragmentada).

c) modelo municipalizado atomizado - a gestão do sistema é descentralizada para o município, sem que o estado assuma suas funções de coordenação e regulação, de forma a garantir a regionalização da assistência e a organização de sistema de referência que dê consistência à gestão estadual do SUS.

d) modelo municipalizado com ênfase na regionalização - a gestão do sistema é descentralizada para o município, que assume o comando único sobre as ações e serviços em seu território, mas há uma forte participação do estado no desempenho de suas funções de coordenação e regulação das relações intermunicipais, com a tendência de estabelecimento de mecanismos de avaliação e controle de sistemas municipais de saúde.

e) modelo descentralizado por nível de hierarquia - o sistema é organizado com base na hierarquia das ações e serviços de saúde. O estado fica com a gestão do sistema de referência regional (gerência das unidades de maior complexidade), enquanto aos municípios cabe a gestão da assistência ambulatorial e hospitalar de menor complexidade.

Conforme Santos (2014), gradativamente, a retórica da reforma foi incorporada pelo MS, sinalizando, nos termos de que todas as realizações têm sua origem em ações hegemônicas, que têm como base construções intelectuais fabricadas antes mesmo da fabricação das coisas e das decisões de agir.

Portanto, a reforma gerencial proposta para a saúde envolveu a necessidade de: instaurar mudança cultural onde o paciente tornou-se cliente e agente participante do setor de saúde; consolidou o sistema público nacional, com capacidade técnica, operacional e administrativa renovada; organizou e regulou o sistema assistencial privado; estimulou a qualificação com redução de gastos e o funcionamento competitivo dos sistemas público e privado; adoção de

modelos técnico-operacionais inovadores; instalação sólida de sistema de acompanhamento, controle e avaliação; estabelecimento da prática gestora descentralizada e desconcentradora (Rizzotto, 2012).

A gestão em saúde abrange três grandes dimensões: os espaços dos cuidados diretos - singulares e multiprofissionais; as diversas instituições de saúde; e a exigência da formação e operação de redes de serviços de saúde para uma assistência universal, integral, equânime, de qualidade e eficiente para as necessidades de saúde da população (Lorenzetti *et al.*, 2014).

Por estar diretamente relacionada ao processo político, à gestão em saúde sofre diversas modificações, o que muitas vezes acarreta na inexistência da qualidade do processo de trabalho das equipes assistenciais e na continuidade da oferta de produtos e serviços de saúde. Portanto, é imprescindível, que os gestores saibam articular de modo eficiente com as diferentes entidades, visando à melhoria dos serviços ofertados à população. Contudo, o que se observa muitas vezes, são gestores que por ocuparem os cargos de maneira “improvisada”, agem com irresponsabilidade e descompromisso, justamente por não se identificarem com a função que lhes foi destinada (Araújo & Pontes, 2012).

Enfatiza-se que a gestão da saúde é de enorme complexidade, que na atualidade vislumbra-se à consolidação de um sistema de saúde segmentado, que não só compromete a equidade, mas, sobretudo, dificulta a possibilidade de se ter uma gestão eficiente, eficaz e efetiva.

Uma das questões centrais do federalismo brasileiro é como lidar com um alto número de municípios pequenos, com baixa capacidade gerencial e sem escala para prover serviços públicos, principalmente os mais intensivos em investimentos fixos, como os de atenção especializada. Acrescenta-se a isto, a dificuldade adicional para lidar com realidades distintas em relação às diferentes necessidades sanitárias e epidemiológicas (Piola, 2009). Dessa maneira, a política de saúde vem sendo conduzida de forma fragmentada pelos diversos atores com suas diferentes lógicas de atuação (Lima, 2013).

Capítulo 4: Estudo de caso

4.1 Introdução/objetivos

Para o alcance dos objetivos propostos em identificar o perfil sociodemográfico dos agentes comunitários e dos membros do conselho municipal de saúde; destacar pontos positivos e negativos da gestão dos serviços de saúde; verificar como os agentes comunitários e o conselho municipal avaliam os serviços ofertados; relacionar como a gestão atua no desenvolvimento das políticas públicas e, verificar a participação dos agentes comunitários e do conselho municipal nas discussões da gestão dos serviços, buscou-se a realização de um estudo empírico acerca da localização do município, funcionalidade e composição tanto do CMS quanto dos ACS e atuação dos mesmos. A figura 11 demonstra a localização geográfica no mapa:

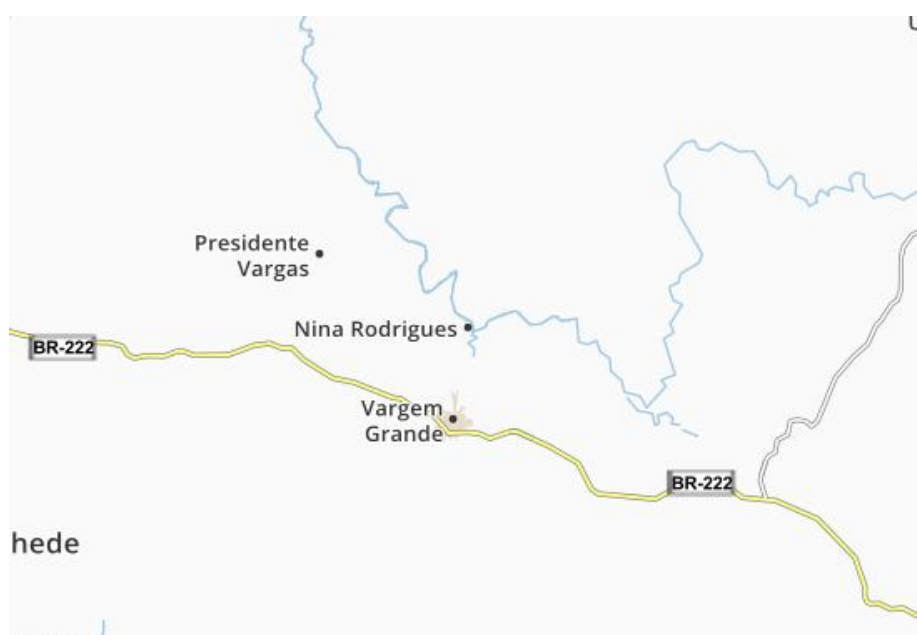
Figura 11 – Localização geográfica do município de Nina Rodrigues



Fonte: <https://upload.wikimedia.org>.

Nina Rodrigues é uma cidade do Estado do Maranhão. Os habitantes se chamam Ninenses. O município se estende por 572,5 km² e contava com 12 464 habitantes no último censo. A densidade demográfica é de 21,8 habitantes por km² no território do município. Vizinho dos municípios de Vargem Grande e São Benedito do Rio Preto, Nina Rodrigues se situa a 9 km a Norte-Leste de Vargem Grande a maior cidade nos arredores. Situado a 33 metros de altitude, de Nina Rodrigues tem as seguintes coordenadas geográficas: Latitude: 3° 27' 53" Sul, Longitude: 43° 54' 19" Oeste (figura 12).

Figura 12 – Mapa da cidade de Nina Rodrigues



Fonte: <https://map.viamichelin.com>

O acesso a partir de São Luís, capital do estado, em um percurso total em torno de 184 km, se faz da seguinte forma: 173 km rodovia pela BR-135/222 até a cidade de Vargem Grande, 11 km por uma cidade vicinal até a cidade de Nina Rodrigues. (Google Maps, 2011).

O município foi elevado à condição de cidade, com a denominação de Nina Rodrigues, pela Lei Estadual nº 2183 de 30/12/1961. Segundo o IBGE (2010), cerca de 35,55% da população reside na zona urbana, sendo que a incidência de pobreza no município e o percentual dos que estão abaixo do nível de pobreza é de 59,98% e 48,58% respectivamente.

No campo da saúde, a cidade conta com seis estabelecimentos públicos de atendimento. No censo de 2000, o estado do Maranhão teve o pior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Brasil e Nina Rodrigues teve baixos desempenhos, com IDH de 0,55. O PSF vem procedendo a organização da prática assistencial em novas bases e critérios, a partir de seu ambiente físico e social, com procedimentos que facilitam a compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas. Como se sabe, os profissionais da saúde são provedores de uma melhor qualidade de vida. Em Nina Rodrigues a relação entre profissionais da saúde e a população é 1/175 habitante (IMESC, 2010), dados de 2008.

4.2 Rede Física de Saúde do Município de Nina Rodrigues

Tabela 1 - Tipo de Estabelecimentos de Saúde

Pública Municipal	Total
Secretaria Municipal de Saúde	01
Hospital Municipal de Pequeno Porte	01
Unidades Básicas de Saúde	06
Farmácia	01
Polo da Academia da Saúde	01
Total Geral	10

Fonte: CNES – Acesso em julho 2019 – competência junho 2019

Em relação à saúde, e sobre os serviços e unidades oferecidas na cidade de Nina Rodrigues, conta com uma Secretaria Municipal de Saúde, Vigilância Sanitária, Núcleo Ampliado de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde, Farmácia Básica, Hospital Municipal de 20 leitos, Polo de Academia da Saúde.

Do ponto de vista estratégico, o SUS, utiliza uma variedade de nomenclaturas e divisões territoriais para operacionalizar suas ações. Nesse contexto, insere-se a estruturação operacional mínima do sistema de saúde, tendo uma base territorial definida geograficamente, com uma rede de serviços de saúde com perfil tecnológico adequado as características epidemiológicas da população distribuída em seu interior (Gondim, et al., 2008).

Tabela 2 -Distribuição das Unidades Básicas por Território de Abrangência

Unidade Básica de Saúde	Área de Abrangência		Usuários Referenciados (estimativa/família)
	Urbana	Rural	
UBS Dr. José Martins	01	--	984
UBS Ilha	--	01	350
UBS São Domingos II	--	01	128
UBS Santa Isabel	--	01	566
UBS Ruth Barbosa	--	01	405
UBS Antônia Quaresma	--	01	190
Total	01	06	2623

Fonte: Coordenação de Atenção Básica/Secretaria Municipal de Saúde

O município de Nina Rodrigues apresenta em sua composição uma diversidade de serviços públicos prestados a população. Sendo estes serviços ofertados tanto na área de zona Urbana quanto a zona rural. As atividades ofertadas são realizadas por 07 equipes da ESF, distribuídas em 06 unidades básicas de saúde.

4.3 Caracterização do Conselho Municipal de Saúde

Conforme referido no capítulo 2 (pág. 22), o CMS é o órgão de instância colegiada e deliberativa e de natureza permanente e específico da SEMUS, criado pela Lei Municipal nº 122 de 16 de abril de 1993, revogada pela Lei Municipal nº 391 de 21 de outubro de 2015, em conformidade com as disposições estabelecidas na Lei Federal 8.080, de 19 de setembro de 1990 e Lei Federal 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Tem seu funcionamento em sala própria, com terminal de informação próprio, acesso a internet, secretária executiva, regime interno atualizado e está localizado à Rua do Sol, S/N, Centro, Nina Rodrigues (CMS, 2019).

É composto por 06 membros titulares e 06 suplentes eleitos na última conferência municipal realizada em julho de 2017, onde foram eleitos representantes da sociedade civil, do gestor/prestador e trabalhadores da saúde eleitos entre eles (CMS, 2019).

4.4 Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde

Institui-se na organização do SUS que as unidades de atenção básica constituem a porta de entrada do sistema, com ênfase na Saúde da Família que toma como ponto de partida, experiências anteriores, e o PACS que já funcionava desde 1986 em alguns estados, deixa de

ser “um programa 'vertical' a serem implantado nas regiões Norte e Nordeste do país no início dos anos 1990” (Teixeira, Vilas Boas, 2013, p.26).

De acordo com o capítulo 2 (pag. 28), os ACS são profissionais de saúde exclusivos do âmbito do SUS, que tem papel importantíssimo na educação em saúde, sobretudo na prevenção, promoção e recuperação em saúde junto à população de suas comunidades. Não possuem necessariamente uma formação em saúde, mas desempenham um papel conectivo entre os “serviços de saúde e a vida do seu território” (Morosini; Fonseca, 2018).

Nesse contexto, infere-se que os ACS também tem um grande potencial para a mobilização social e para o fomento da participação popular no SUS. O emprego de trabalhadores comunitários na saúde não é algo de todo recente, nem é uma exclusividade da experiência brasileira. Haja vista as experiências de trabalhadores comunitários de saúde (TCS) em países como Rússia e Cuba que foram importantes para que as propostas da APS incorporassem “formas participativas e transformadoras das ações de saúde” (Nogueira, 2017, p. 168).

Sendo assim, o número máximo de ACS pelos quais o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos é calculado pela fórmula: população/400. Para municípios dos Estados da Região Norte, Maranhão e Mato Grosso, a fórmula é a população da área urbana/400 + população da área rural/280 (Brasil, 2017).

A saber, o município de Nina Rodrigues possui atualmente o quantitativo de 42 ACS, entretanto possui teto para ampliação de mais 03 ACS o que totalizaria 45 ACS para atender as demandas da população (CNES, 2019).

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017), o trabalho do ACS apresenta três dimensões:

- Dimensão técnica: atende indivíduos e família por meio de ações de monitoramento de grupos específicos, doenças prevalentes e de risco, a partir de visitas domiciliares e informação em saúde com base no saber epidemiológico e clínico;
- Dimensão política: o ACS é quem reorienta o modelo de atenção à saúde, de discussão dos problemas e organização da comunidade, auxiliando-a no fortalecimento da cidadania, mediante visitas domiciliares e educação em saúde com base nos saberes da saúde coletiva;

- Dimensão da assistência social: tentativa de resolver questões como a de acesso aos serviços.

Destaca-se que o papel dos ACS refere-se à atualização das informações cadastrais da população, na utilização das ferramentas de cadastro e registro dessas informações, na realização de registros de nascimentos, óbitos e doenças, na informação aos usuários sobre datas e horários de consultas e agendamentos e na participação da regulação ambulatorial na APS, acompanhando agendamentos e desistências de procedimentos solicitados para os usuários (Brasil, 2017).

4.5 Metodologia

Será abordado neste capítulo de forma explícita e pormenorizado acerca da metodologia de investigação utilizada para a realização deste estudo de caso. Será identificado o método de investigação abordado, o tipo de estudo, modo de seleção dos participantes inclusos, descrição dos instrumentos utilizados para a recolha de dados e por fim o método de análise de dados.

4.5.1 Abordagem Metodológica

O estudo em curso define-se metodologicamente como estudo de caso. Refere-se que ao se particularizar o estudo que objetivou a avaliação da gestão dos serviços de saúde na visão dos agentes comunitários e representantes do conselho municipal de saúde do município de Nina Rodrigues, no estado do Maranhão, busca-se proceder a uma investigação de caráter bem definido.

Dessa forma, esta metodologia sugere que, o estudo de um caso particular poderá servir de base representativa para estudos análogos, uma vez que este se torna um caso representativo. Há que considerar no recurso a esta metodologia, a escolha do caso uma vez que a sua representatividade deverá ser significativa, de forma a poder corroborar numa fundamentação geral para casos idênticos, permitindo elaborar inferências em situações análogas.

De acordo com Severino (2007), os dados obtidos num estudo de caso deverão ser trabalhados, medidos e analisados de forma rigorosa. Verificando que o estudo de caso assenta-se em pressupostos idênticos à pesquisa de campo, há que salientar que estes métodos apresentam, como

aspecto central, a abordagem do objeto de estudo no seu ambiente natural, sem manipulação ou intervenção do investigador.

Para o alcance dos objetivos definidos, realizou-se a um estudo com uma abordagem quantitativa, onde se recorreu à aplicação de um questionário estruturado, como instrumento para a recolha de dados. Ressaltando-se que a recolha dos dados deu-se de forma cuidadosa e rigorosa, seguindo os fundamentos de uma pesquisa de campo.

Segundo Polit, Becker & Hungler (2004, p. 201), a pesquisa quantitativa, tem suas raízes no pensamento positivista lógico, tende a enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana.

Várias definições existem na literatura e que apresentam explanações sobre o que é um estudo de caso, dentre as quais Yin (2005) aborda ser o estudo de caso uma estratégia de investigação, para o qual, um caso pode ser algo bem definido ou concreto, como um indivíduo, um grupo ou uma organização, mas também pode ser algo menos definido ou definido num plano mais abstrato como, decisões, programas, processos de implementação ou mudanças organizacionais.

Segundo Alves-Mazzotti (2006, p. 640), os exemplos mais comuns para esse tipo de estudo são os que focalizam apenas uma unidade: um indivíduo (como os casos clínicos descritos por Freud), um pequeno grupo (como o estudo de Paul Willis sobre um grupo de rapazes da classe trabalhadora inglesa), uma instituição (como uma escola, um hospital), um programa (como o Bolsa Família), ou um evento (a eleição do diretor de uma escola).

4.5.2 Considerações Éticas

Em virtude deste estudo ter sido desenvolvido com ACS e membros do CMS, considerando a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, no que tange às pesquisas envolvendo seres humanos, todos os indivíduos foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Apêndice A). Em tal documento todas as informações pertinentes à pesquisa, seus possíveis vieses éticos, finalidade e importância foram revelados, inclusive a possibilidade do indivíduo se retirar do estudo a qualquer momento. A identidade de todos os participantes foi preservada a fim de manter o sigilo de todas as informações.

4.5.3 Participantes do Estudo

Neste estudo foram incluídos os agentes comunitários de saúde que fazem parte da secretaria municipal de saúde. Participaram também os membros titulares do conselho municipal de saúde do município de Nina Rodrigues no Estado do Maranhão. Ambos já mencionados neste capítulo especificamente os itens 4.3 e 4.4, que se refere à caracterização tanto dos ACS quanto do CMS, quanto suas atribuições e respectivos papéis dentro da estrutura municipal de saúde.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos participantes deste estudo forma respectivamente: serem prestadores de serviços no município de Nina Rodrigues como ACS, com suas respectivas portarias de nomeação, estarem atuando na sua função. Relativamente à inclusão dos participantes membros do CMS foram: ser membro titular do CMS com sua devida portaria de nomeação. Dessa forma, o grupo de participantes abrangidos que compõe esse estudo são 42 ACS e 06 membros titulares do CMS.

4.5.4 Método de Amostragem

A amostragem será do tipo não probabilístico (conveniência), de acordo com o número de ACS e membros do CMS. Conforme Aaker, Kumar & Day (p. 376), uma vez que esse procedimento consiste em simplesmente contatar unidades convenientes da amostragem, é possível recrutar respondentes tais como estudantes em sala de aula, mulheres no shopping, alguns amigos e vizinhos, entre outros. Os autores comentam que este método também pode ser empregado em pré-testes de questionários.

4.5.5 Método de Recolha de dados

Num estudo descritivo, a investigação pode incidir apenas numa amostra da população e os métodos de recolha de dados a ser utilizados podem ser diversos. Neste caso foi utilizado apenas um questionário.

Sendo este composto por questões referentes aos dados sobre o perfil sociodemográfico dos pesquisados e, a segunda parte, fundamentada no Programa Nacional de Melhoria do Acesso de Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) elaborado pelo Ministério da Saúde, concernente

ao papel do gestor, processo de trabalho, participação dos agentes de saúde e membros do conselho, efetivação das ações da gestão para a comunidade.

4.5.6 Instrumento de Recolha de Dados

Cada pesquisa tem sua metodologia e exige técnicas específicas para a obtenção dos dados. “Escolhido os métodos, as técnicas a serem utilizadas serão selecionadas, de acordo com o objetivo da pesquisa” (Andrade, 2009. p. 132). Com essa afirmação, a autora faz referência à escolha dos instrumentos de recolha de dados, que são próprios de cada tipo de pesquisa.

Um questionário é tão somente um conjunto de questões, feito para gerar os dados necessários para se verificar se os objetivos de um projeto foram atingidos. Como procedimento a recolha de dados neste trabalho, optou-se pela entrega do questionário a cada participante, onde os mesmo ficaram livres para respondê-lo e entregá-lo posteriormente ao pesquisador.

4.5.7 Método de Análise de Dados

A análise estatística foi realizada utilizando-se programa Excel 2010. A análise descritiva contém as variáveis quantitativas, apresentadas por meio de média e desvio padrão (média $\pm$ DP). As variáveis estão apresentadas como frequências absolutas e relativas. Os resultados estão apresentados em forma de gráficos e tabelas.

4.6 Apresentação dos Dados e Discussão dos Resultados

Nesse estudo os dados foram obtidos por meio das respostas dos ACS e dos membros do CMS do município de Nina Rodrigues-MA. Após a categorização dos dados, procede-se nos subcapítulos à discussão descritiva e sistemática dos resultados obtidos. Para tal, optou-se por apresentar os resultados por meio de blocos de perguntas direcionadas ao perfil sociodemográficos dos entrevistados, dados baseados no questionário fundamentado no PMAQ/MS composto por 4 blocos referentes a avaliação dos serviços ofertados, atuação da gestão no desenvolvimento das políticas públicas, participação dos entrevistados nas discussões da gestão dos serviços de saúde e o componente 5 refere-se aos pontos positivos e negativos da gestão dos serviços de saúde. A amostra total foi composta por 39 ACS e 06 conselheiros municipais de saúde, como apresentado a seguir:

4.6.1 Dados sobre o perfil sociodemográfico dos participantes

O estudo contou com a participação de 29 ACS do gênero feminino e 10 masculinos. Dentre os conselheiros, 3 feminino e 3 masculino (Gráfico 1).

Gênero

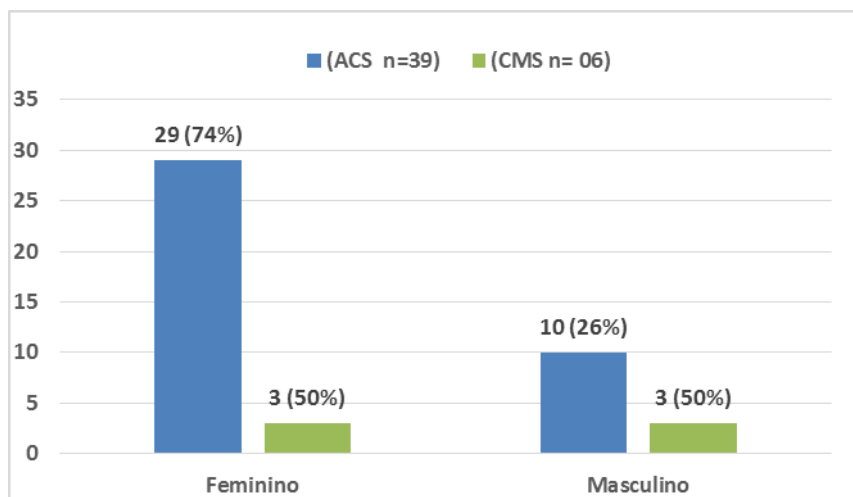


Gráfico 1 – Distribuição da amostra de acordo com o gênero.

Da análise do gráfico 2, em se tratando da idade, observa-se que 46% da amostra é constituída por 18 ACS com idade entre 40 a 47 anos 46%, com 30 a 39 anos de idade 34%. Dentre os conselheiros, 34% com idades entre 30 a 39 anos (2 inquiridos).

Idade

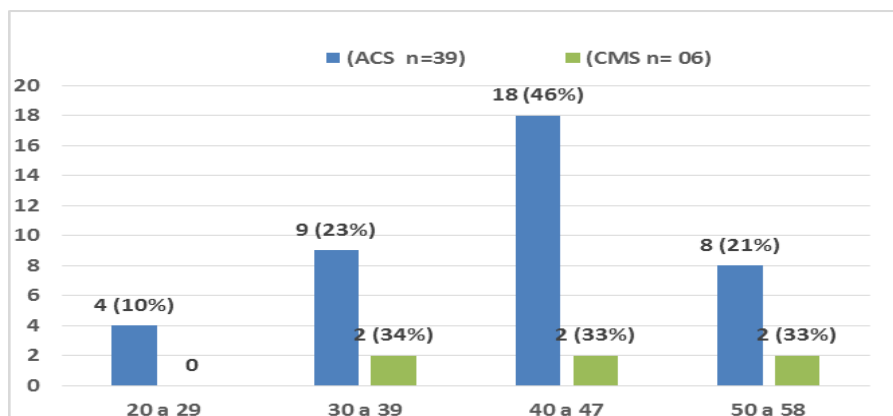


Gráfico 2 – Distribuição da amostra de acordo com a idade (anos).

Quanto ao questionamento sobre a escolaridade (grafico 3) dos ACS respondentes constatou-se que, a maioria 67%, tem o ensino médio completo. Dentre os conselheiros municipais, a maioria 33%, tem o ensino superior completo, seguidos de 33% com curso de pós-graduação.

Escolaridade

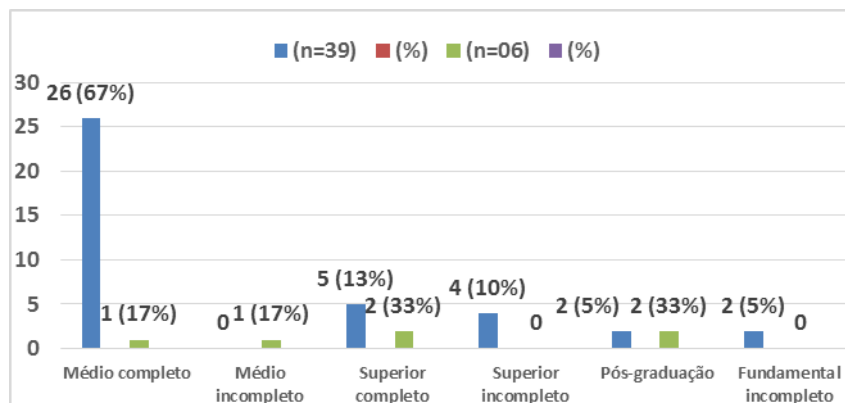


Gráfico 3 – Distribuição de acordo com a escolaridade

A predominância da mulher como trabalhadora em serviços de saúde e como usuária mais frequente da rede pública tem sido amplamente observada.

Ao longo do capítulo 4, especificamente no sucapitulo 4.4, descreve-se a caracterização dos ACS sendo este composto por 42 ACS, que conforme a PNAB, este cálculo se faz de acordo com o quantitativo populacional, respeitando-se as populações de Zona Urbana e Rural nas suas especificidades (Brasil, 2017).

Dessa forma enfatiza-se que o número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local.

É consenso que o ACS seja alguém que possa estar identificado em todos os sentidos, especialmente na cultura, linguagem, costumes e valores, da sua própria comunidade, pois aumenta sua capacidade de liderança, convertendo-se em ações que realmente possam melhorar as condições de vida e de saúde da população. Dessa forma, a Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018 em relação ao exercício da atividade do ACS refere no seu Art. 6º:

II – ter concluído, com aproveitamento, curso de formação inicial, com carga horária mínima de quarenta horas;

III - ter concluído o ensino médio.

§ 1º Quando não houver candidato inscrito que preencha o requisito previsto no *inciso* III do *caput* deste artigo, poderá ser admitida a contratação de candidato com ensino fundamental, que deverá comprovar a conclusão do ensino médio no prazo máximo de três anos.

Assim como se destaca no subcapítulo 4.3 acerca da caracterização do CMS que no município de Nina Rodrigues é composto por 06 membros titulares, sendo este um órgão de instância colegiada e deliberativa e de natureza permanente e específico da SEMUS, criado pela Lei Municipal nº 122 de 16 de abril de 1993, revogada pela Lei Municipal nº 391 de 21 de outubro de 2015.

Sendo assim, como dito no capítulo 2, no subitem 2.2.1 no qual trata do enquadramento e descrição do CMS de Nina Rodrigues, destaca que a sua composição está em conformidade com o Art. 3º da Lei nº 391 de 21 de outubro de 2015, que garantiu a paridade dos usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos. Cujas sua representativa engloba os órgãos e entidades por meio de um titular e um suplente (CMS, 2019).

O gráfico 4 apresenta dados referente a questão sobre a raça/cor autodeclarada dos participantes, onde a maioria, 77% dos ACS, se declaram parda. Entre os conselheiros, a maioria, 50% também se declaram pardos.

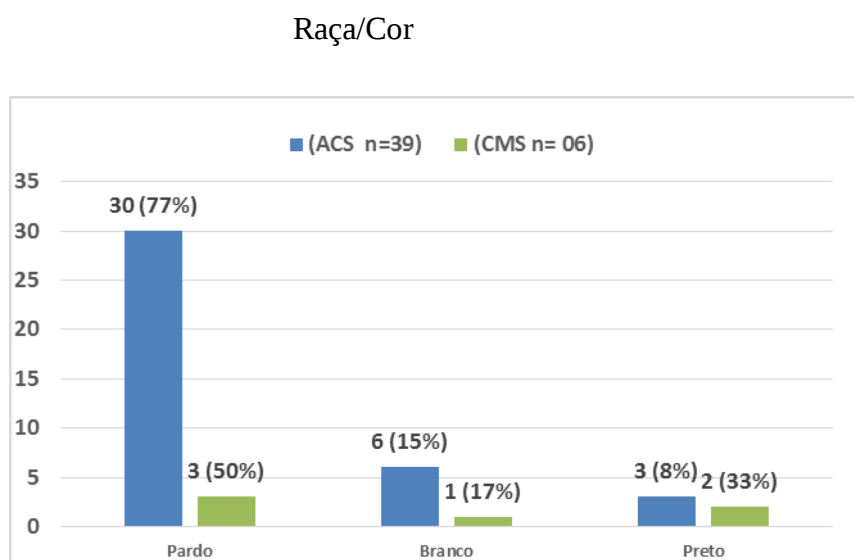


Gráfico 4 – Distribuição de acordo à raça/cor

Faz-se um adentro em relação a raça/cor autodeclarada dos participantes, que conforme destacado no Capítulo 2 mais especificamente no subitem 2.2.1, onde enfatizou-se que com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, culminou para que houvesse a reformulação do CNS, que deveria ter composição mista, com membros do Estado e atores da sociedade civil, essa e outras reivindicações maduraram e serviram como argumento para os deputados constituintes elaborarem o artigo 196 da CF - "Da Saúde" que citam na universalidade do direito à saúde, sem distinção de raça, cor, credo. Portanto, a diversidade de representantes tanto dos ACS quanto do CMS, fazem com que todos se sintam representados em relação às questões de raça/cor.

4.6.2 Questões referentes avaliação dos serviços ofertados na visão dos 39 ACS e 06 conselheiros municipais.

No que trata sobre a gestão municipal fazer o acompanhamento da situação de saúde como subsídio para o planejamento e a tomada de decisões, a maioria (91%) dos ACS refere que sim, e (100%) dos conselheiros entrevistados também referiram que sim (gráfico 5).

Acompanhamento da situação de saúde

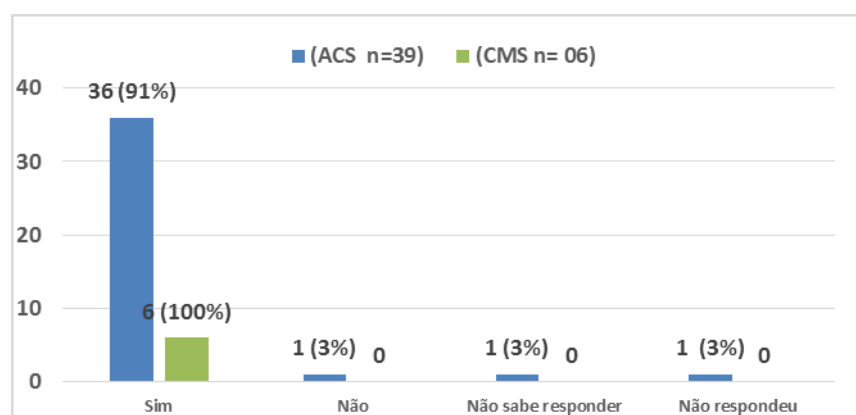


Gráfico 5 – Distribuição de acordo com o acompanhamento da situação de saúde pela gestão municipal

Quando se fala na gestão municipal realizar o acompanhamento da situação de saúde de sua população como subsídio para o planejamento e a tomada de decisões, e se tem quase na totalidade de respostas positivas quanto dessa prática, se vê que o gestor participa ativamente do processo de reorganização dos modelos de atenção à saúde e da própria gestão do SUS.

Remete-se ao destacar-se o autor Campos (2015) no qual infere a importância do papel do gestor de saúde na construção, fortalecimento e defesa do SUS. Ademais, nesse contexto, operar o campo da gestão é muito complexo, haja vista a gama de setores, pessoas, serviços e saberes distintos.

Consolidada-se também esse resultado apresentado no gráfico 5 uma conformidade com a Lei 8.080/90 no que tange a competência do nível municipal de gestão, onde destaca: “Planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde”.

O gráfico 6 representa a pergunta referente a gestão municipal de saúde desenvolver ações intersetoriais para promover a qualidade de vida da população, referiram sim (97%) a maioria dos ACS. Quanto aos conselheiros, foram unânimes (100%) em responder sim.

Ações intersetoriais

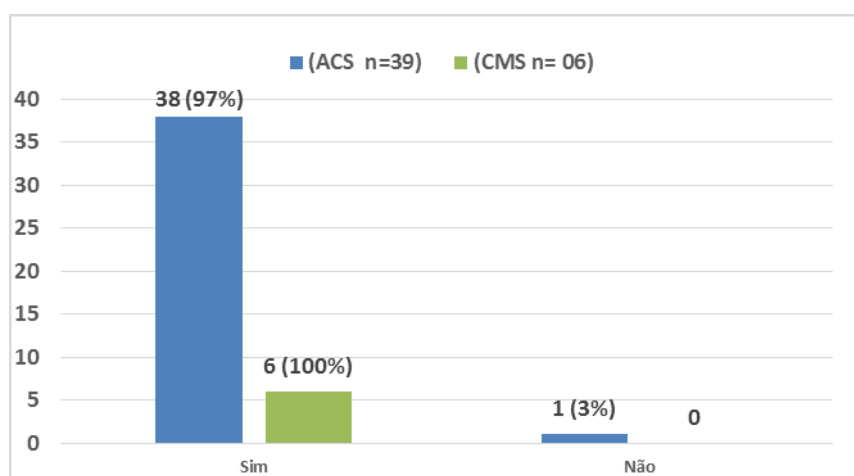


Gráfico 6 – Distribuição de acordo com o desenvolvimento de ações intersetoriais.

Ao tratar-se do desenvolvimento das ações intersetoriais para promoção da qualidade de vida da população Ninense, observa-se quase na sua totalidade como resposta positiva pelos inqueridos. Nesse contexto, destaca-se o texto do autor Geremia (2015), no qual enfatiza a necessidade de reconhecimento da realidade municipal e regional, para subsidiar a identificação do planejamento mais pertinentes para o desenvolvimento das ações com

valorização do modo de viver, a cultura, as condições sociais e demográficas e o melhor uso dos recursos existentes em cada território.

Da análise do gráfico 7, referente a gestão municipal de saúde constituir (garantir) equipe de apoio institucional ou similar, permite observar que a maioria (90%) dos ACS refere que sim, existe essa garantia. Já para os conselheiros municipais (83%) refere que sim.

Constitui (garante) equipe de apoio institucional ou similar.

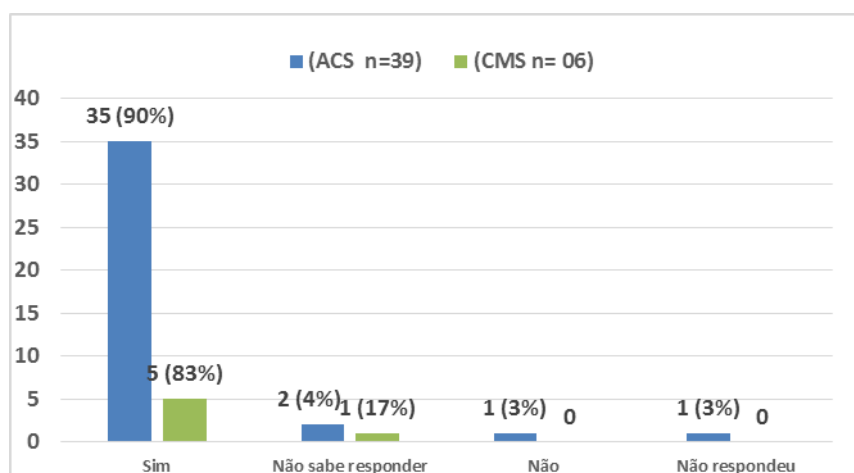


Gráfico 7 – Distribuição de acordo com equipe de apoio institucional/similar

Observa-se nas respostas afirmativas, tanto dos ACS quanto do CMS, em sua grande maioria, que a gestão municipal de saúde constitui e garante equipe de apoio institucional ou similar. Nesse contexto, os achados neste estudo corroboram com autores como Lorenzetti *et al.* (2014), onde destacam que a gestão em saúde abrange dimensões dos espaços dos cuidados diretos, singulares e multiprofissionais para uma assistência universal, integral, equânime, de qualidade e eficiente para as necessidades de saúde da população.

Nessa lógica de pensamento, o MS, a partir de 2011, implementou estratégias voltadas para a transformação do padrão histórico de conformação das relações federativas no Brasil, demandando responder à complexidade da gestão de um sistema universal de saúde, num país de dimensões continentais. Sendo assim, esse movimento orientou-se para a democratização e a qualificação técnica da saúde pública, premissas que justificaram a incorporação da função apoio institucional (AI) como tecnologia de intervenção na organização do trabalho em saúde.

Corroborando esta permissão, Guedes (2012), ao qual enfatiza que o apoio pauta-se na crença de que tal processo envolve os sujeitos em suas experiências concretas de relações cotidianas, uma vez que as mudanças não se fazem sem um processo de produção subjetiva, que é sempre coletiva, histórica e determinada por múltiplos vetores inseparáveis do campo da saúde: sujeitos (desejos, necessidades, interesses), processos de trabalho (saberes), poder (modos de estabelecer as relações) e políticas públicas (coletivização dessas relações).

É possível verificar que a maior parte dos ACS (97%) responderam que a gestão municipal de saúde desenvolve estratégias para a garantia da continuidade do cuidado dos problemas mais frequentes e linhas de cuidado prioritárias, assegurando profissionais e serviços em seu território ou região de saúde. Dentre os conselheiros (100%) afirmam que sim (gráfico 8).

Estratégias de garantia do cuidado continuado

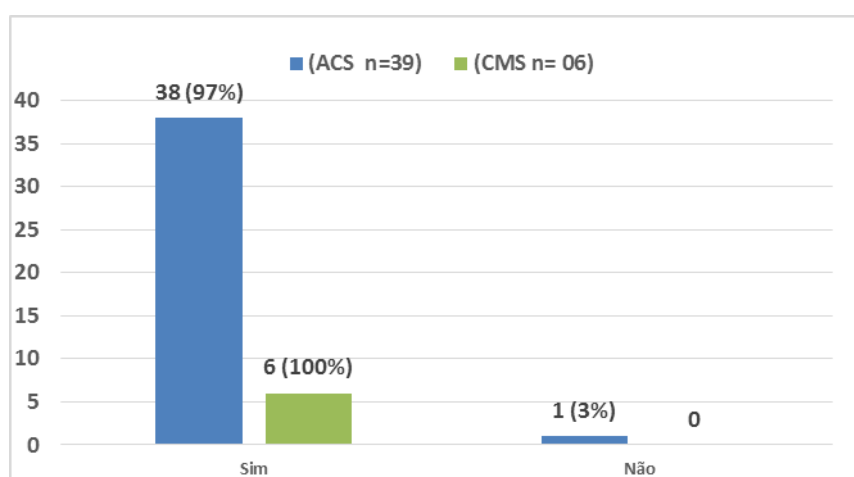


Gráfico 8 – Distribuição de acordo com a garantia da continuidade do cuidado

Ao abordar-se acerca da garantia da continuidade do cuidado dos problemas mais frequentes e linhas de cuidado prioritárias, as respostas para tal questionamento foram na grande maioria positiva para os ACS e total para o CMS, o que nos remete ao Capítulo 3, dos princípios da regionalização e da hierarquização dos serviços de saúde que devem ser estruturados a partir de níveis de complexidade, sendo estes estipulados dentro de uma determinada área com garantia de um conjunto de ações e serviços de naturezas, complexidades e custos diversos supram as necessidades de saúde da população em diferentes territórios político-administrativos.

Corroborando desta permissão, Cecílio e Merhy, descrevem o cuidado em saúde como “... uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa; a maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores”.

Ao se falar na integralidade do cuidado, refere-se a um dos princípios doutrinários do SUS, descrito na Lei 8080/90 como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. Nota-se, portanto que a gestão municipal de Nina Rodrigues garante, segundo os entrevistados, a continuidade do cuidado dos problemas mais frequentes.

Sobre esse aspecto, destaca-se a Rede de Atenção a Saúde (RAS) definida na Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.

Perante a análise dos dados quanto à gestão municipal de saúde disponibilizar canais de comunicação que permitam aos usuários expressarem suas necessidades e expectativa, apenas 74% dos ACS respondeu como sim e, dos conselheiros, menos da metade 34% responderam que sim, assim como menos da metade não souberam responder (gráfico 9).

Disponibiliza canais de comunicação

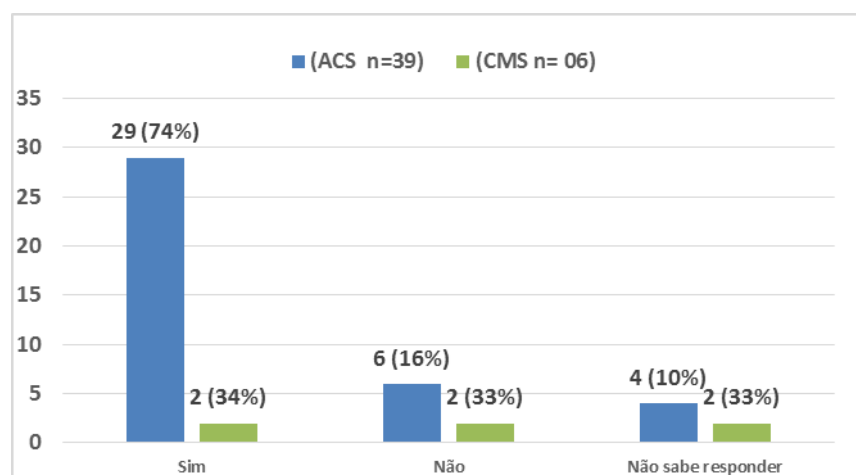


Gráfico 9 – Distribuição de acordo disponibilização de canais de comunicação

No quesito que abordou acerca da disponibilidade de canais de comunicação para que os usuários possam expressar suas necessidades e expectativas, percebe-se pelas respostas analisadas ainda não ser uma realidade a utilização das ferramentas de comunicação. Todavia, a comunicação em saúde é considerada estratégica para a qualidade da tomada de decisão no SUS e para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde.

Faz-se necessário uma proposta de ação na qual os profissionais da comunicação em saúde possam contribuir com o alargamento do debate quanto à relevância da utilização da epidemiologia como produtora de saberes capazes de evidenciar, na comunicação, os sentidos de prevenir, proteger e promover saúde como direito de cidadania.

Autores como Gomes e Maia (2008) inferem que a comunicação, sob o ponto de vista do gestor, pode atuar como mediadora do diálogo entre as ações públicas, a opinião pública e a esfera pública. Cooperando com as estratégias específicas da comunicação desenvolvidas pelos profissionais da área, dessa forma, a comunicação passa a ter como finalidade o maior esclarecimento e o engajamento da sociedade.

Como destacada no Capítulo 1 acerca da gestão do cuidado e a garantia dos direitos de todos os cidadãos brasileiros usuário do sistema, se apresenta através da estratégia de participação social (Pinto, Barbosa & Ferla, 2015). Acrescenta-se ainda que a participação popular e o controle social em saúde, dentre os princípios do SUS, são de grande relevância social e política, pois se constituem na garantia de que a população participará do processo de formulação e controle das políticas públicas de saúde. No Brasil, o controle social se refere à participação da comunidade no processo decisório sobre políticas públicas e ao controle sobre a ação do Estado (Arantes *et al.*, 2007).

Nesse contexto, Coelho (2012), destaca a comunicação como um processo dialógico, portanto, a participação do cidadão e ao controle social é fundamental. Os dispositivos móveis tornar-se-ão em pouco tempo ferramenta de inclusão e participação social. Por isso, é necessário assegurar o acesso adequado e suficiente às informações produzidas pelo SUS e o direito de cada um se expressar, ser ouvido e considerado.

Vale ressaltar que no caso do SUS, como já abordado no Capítulo 2 acerca da organização de saúde, completa-se que a participação social na formulação e no controle da política pública

de saúde é uma inovação institucionalizada sob a forma de conferências e conselhos de saúde, que são espaços institucionais de participação social e gestão compartilhada. Os conselhos estão presentes na totalidade dos estados e municípios e contam com 110 mil conselheiros atuantes (Brasil, 2011).

4.6.3 Questões referentes à atuação da gestão no desenvolvimento das políticas públicas

A introdução desta dimensão no questionário pretende viabilizar a análise acerca da gestão municipal possuir programa ou política de educação permanente elaborado e instituído para os profissionais de saúde, incluindo os ACS e conselheiros municipais de saúde. Constata-se que mais da metade 85% dos ACS inqueridos na amostra referem que sim. Assim como, mais da metade 83% dos conselheiros também inferem sim (gráfico 10).

Possui programa ou política de educação permanente

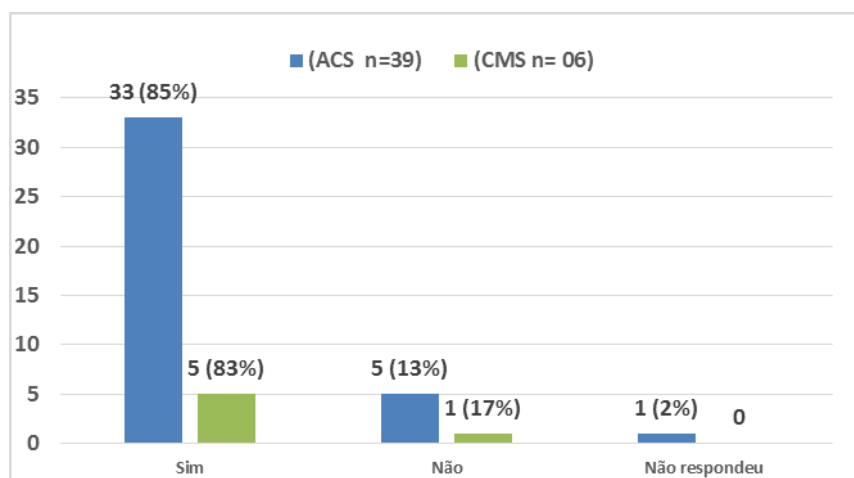


Gráfico 10 – Distribuição de acordo programas ou política de educação permanente

No que refere a programa ou política de educação permanente elaborado e instituído na gestão municipal que contemplem os profissionais de saúde, incluindo os ACS e CMS, percebe-se pelas análises das respostas que a gestão vem viabilizando o acesso de tais dispositivos como forma de qualificar melhor seus profissionais. O MS define a Educação Permanente em Saúde (EPS) como “uma estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde” (Brasil, 2014).

A EPS se configurou mais enquanto processo de gestão que como processo pedagógico. Segundo Ramos (2010, p. 71), seu eixo gira em torno da “produção de novos pactos e acordos coletivos de trabalho no SUS. Seu foco seriam os processos de trabalho [...], seu alvo, as respectivas equipes, e seu lócus de operação, os coletivos”.

A educação permanente pode ser compreendida como uma tecnologia na área da saúde, pois não se restringe apenas a equipamentos, compreende saberes constituído para a geração e utilização de produtos e organizar as relações humanas, prestando à atenção e cuidados a saúde da população, sendo uma tecnologia leve (Sousa *et al*, 2019).

No grafico 11, sobre a gestão municipal de saúde utilizar instrumentos de integração dos serviços de saúde que permitem o atendimento em tempo e modo oportuno, dos ACS inqueridos 87% responderam que sim e dos conselheiros municipais, 68% disseram que sim e 16% não sabem responder (gráfico 11).

Utiliza instrumentos de integração dos serviços de saúde

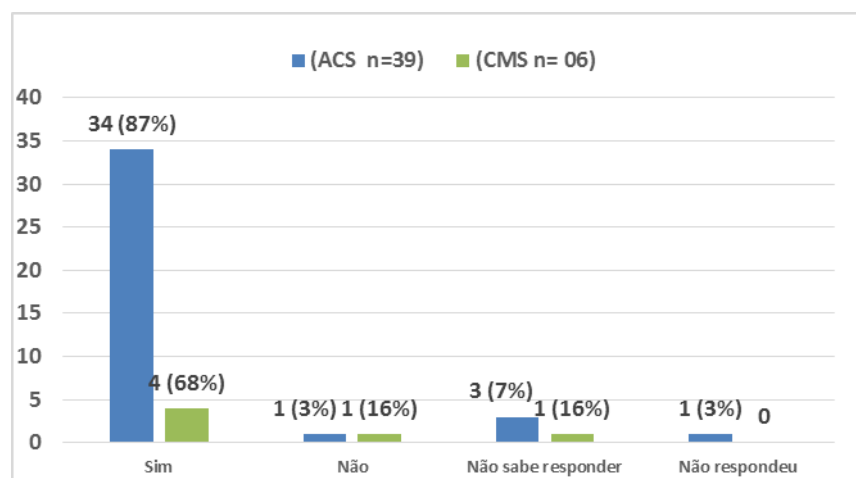


Gráfico 11 – Distribuição de acordo com instrumentos de integração dos serviços de saúde

Ao abordar-se sobre a utilização de instrumentos de integração dos serviços de saúde que possibilitam o atendimento em tempo e modo oportuno, foi notório a sinalização positiva das respostas da maioria dos inqueridos na pesquisa. Já abordado no Capítulo 3, onde cita-se o Decreto nº 7.508/2011, no qual institui a formulação do Mapa da Saúde, para a caracterização dos recursos humanos, ações e serviços de saúde a serem ofertados a partir da capacidade instalada do território e dos indicadores epidemiológicos (Brasil, 2011).

Faz-se referência ainda do Capítulo 3, o autor Geremia (2015), no qual destacou a necessidade de reconhecimento da realidade municipal e regional, para a identificação dos instrumentos de gestão e planejamento pertinentes para o desenvolvimento de redes reais, para que o gestor possa integrar os serviços de saúde.

Além, do que, os problemas de saúde são complexos e demandam ações intergovernamentais que, muitas vezes, vão além das potencialidades de um ente federado isoladamente. A descentralização da gestão da saúde no Brasil fragmentou o território, impondo limites políticos e geográficos municipais ao acesso dos serviços e ações em saúde (Rocha, 2016).

Acrescenta a essa discussão, o que se citou no Capítulo 2, conforme Paim (2009, p. 59-60), a maior parte dos municípios não tem condições de ofertar integralmente os serviços de saúde, portanto, deve-se utilizar de estratégias regional de atendimento para corrigir distorções de acesso.

Dos resultados obtidos, representados no gráfico 12, sobre a gestão municipal de saúde desenvolver processos de pesquisa e análise de satisfação do usuário em relação aos serviços de saúde prestado, grande parte 72% dos ACS afirmaram que sim e metade 50% dos conselheiros de saúde também afirmaram que sim. Entretanto 33% dos conselheiros referiram que não essa ferramenta de pesquisa.

Desenvolve processos de pesquisa e análise de satisfação do usuário

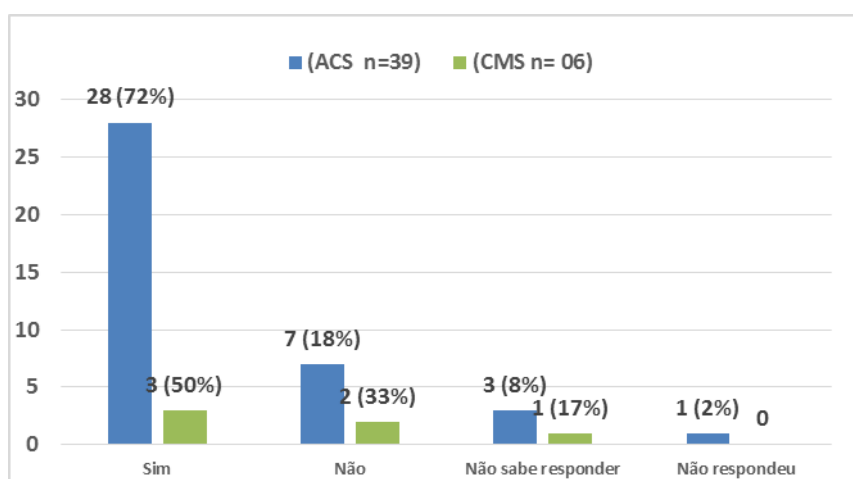


Gráfico 12 – Distribuição de acordo com processos de pesquisa e análise de satisfação

Observa-se na análise das respostas dos inqueridos nesta pesquisa em relação ao desenvolvimento de processos de pesquisa e análise de satisfação do usuário em relação aos serviços de saúde prestados, uma discrepância em relação aos ACS com o CMS. Com já citado no capítulo 2, subitem 2.1 onde segundo a Constituição Brasileira de 1988, a saúde é um direito de todos, dever do Estado e deve estar associada não apenas com a ausência de doenças, mas como qualidade de vida. Isso deve ser assegurado por políticas sociais e econômicas que visa reduzir o risco de doença e promover acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1988).

Sobre essa ótica, Pasches e Passos (2010), argui que qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde é uma tarefa desafiadora, já que envolve a perspectiva de humanização e necessita de novas atitudes por parte dos trabalhadores, usuários e gestores, de novas éticas no campo do trabalho, incluindo o campo da gestão e das práticas de saúde e superar problemas e desafios do cotidiano do trabalho.

Conforme Carvalho e Pedrosa (2015) a satisfação pode ser compreendida como uma expressão do contentamento de um indivíduo em relação a uma situação, serviço ou com outros indivíduos. Um indivíduo é satisfeito quando sua expectativa é alcançada. Portanto, a satisfação não é um ponto fixo para a população, ela pode ser diferente para cada indivíduo.

Portanto, autores como Moraes; Campos & Brandão (2014) inferem que a satisfação dos usuários está relacionada intimamente à qualidade do serviço ofertado à população. Assim, com o intuito de aperfeiçoar os serviços de saúde, é importante que se investigue sobre a satisfação daqueles que usufruem de tais serviços.

4.6.4 Dimensão sobre a participação dos agentes comunitários e do conselho municipal nas discussões da gestão dos serviços

Uma das questões norteadoras para esta dimensão refere-se sobre a gestão municipal apoiar e promover a formação de espaços locais de participação popular. Os resultados obtidos apontam que 95% dos ACS concordam e afirmam que esses espaços são valorizados e apoiados e 100% do CMS também concordam e afirmam que a gestão tem valorizado a promoção e incentivo da participação popular (gráfico 3).

Apoia e promove a formação de espaços locais de participação popular

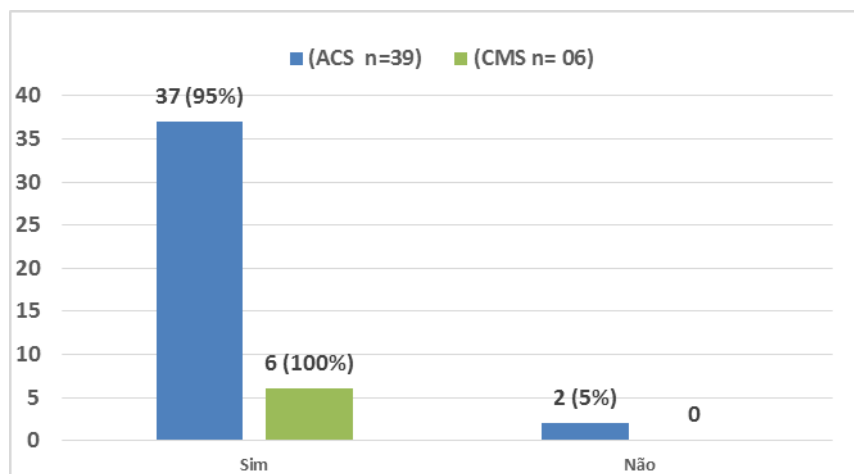


Gráfico 13 – Distribuição de acordo espaços de participação popular

Na análise dos dados, obteve-se resultados positivos no que tange a apoio e promoção de espaços locais de participação popular. Sendo abordado no Capítulo 2, subitem 2.2.1, especificamente no texto do autor Colliselli (2009), que destacam os espaços de gestão participativa, os conselhos e as conferências, caracterizando-se como espaços apropriados para o exercício de uma cidadania ativa.

Volta-se também para a análise do Quadro 1, na qual observou-se a paridade entre usuários do SUS, que compõe o CMS de Nina Rodrigues-MA (CMS, 2019), contribuindo assim, para a melhoria de saúde da população com propostas de melhoria das políticas públicas a serem implantadas e implementadas pelo gestor local.

Ressalta-se que com o pleno funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e com a participação ativa da sociedade, acaba-se por empoderar a governança local, na definição de um elo entre o governo local e a sociedade sob a ótica democrática. Sendo assim, a democracia participativa na gestão pública municipal, incentiva a participação do cidadão não apenas sobre aquilo que diz respeito a ele próprio, mas também sobre questões concernentes a outras pessoas e a toda comunidade (Grüne, 2012).

Observa-se pelo gráfico 14 em relação ao questionamento sobre a gestão municipal de saúde apoiar o funcionamento regular e autônomo do Conselho Municipal de Saúde, 85% dos ACS afirmaram que sim, como 100% dos conselheiros também afirmaram que sim.

Apoia o funcionamento regular e autônomo do CMS

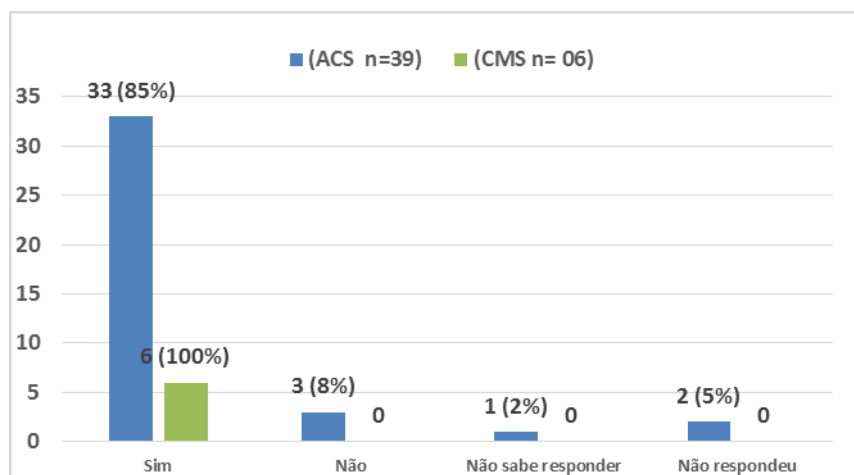


Gráfico 14 – Distribuição de acordo o funcionamento regular do CMS

Cabe ressaltar a unanimidade em relação as respostas pelo CMS de que a gestão municipal de saúde apoia o funcionamento regular e autônomo do conselho municipal do município de Nina Rodrigues. O que segundo Dourado e Elias, (2011, p. 206) os governos locais teriam condições mais favoráveis de alcançar melhores resultados para seus cidadãos por meio da relação direta, por estarem mais bem informados de suas preferências, portanto, em melhor situação para decidir sobre a alocação dos recursos e mais suscetíveis ao controle (*accountability*).

Termo este já abordado no capítulo 2, subitem 2.2.1, pelo autor Filgueiras (2011.) no qual se tornou um princípio fundamental do ordenamento democrático, pois exige a implantação de uma política de transparência das ações do Estado, com base na ideia de controle dos cidadãos sobre o governo e deste sobre si mesmo.

Nesse contexto, é fundamental se ressaltar, no âmbito de consolidação do princípio da subsidiariedade, a partir do espaço local, a sua dimensão vertical, relativa à ampliação de competências e, sua dimensão horizontal, que se dá através da ampliação das relações entre o próprio poder local e os cidadãos (Hermany, 2012).

No gráfico 15 apresenta-se sobre em qual momento os ACS e CMS participam nas discussões da gestão dos serviços. Para 67% dos ACS essa participação dá mensalmente, 20% destacou ser anualmente. Entre o CMS, 83% dos inqueridos referiu mensalmente e, 17% referiu diariamente.

Momento de participação nas discussões da gestão dos serviços

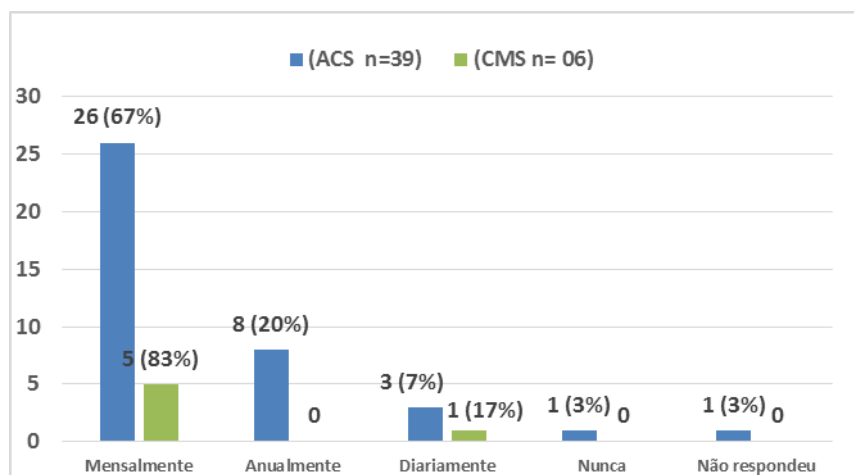


Gráfico 15 – Distribuição de acordo com o momento de participação nas discussões

Em relação a frequência de participação nas discussões da gestão dos serviços no município de Nina Rodrigues, percebe-se muito incipiente essa participação, na visão dos ACS. Entretanto, entre o CMS, já demonstrou maior frequência de participação nas discussões referente aos serviços e ações de saúde.

Conforme já mencionado no Capítulo 2, subitem 2.2.1, em relação ao enquadramento e descrição, de acordo com o CMS (2019), que para a execução de suas funções, seus membros se reúnem em sessão plenária, ordinariamente uma vez por mês, sendo as últimas quartas feiras de cada mês, e, extraordinariamente, por convocação de seu Presidente ou em decorrência de requerimento da maioria absoluta dos seus membros.

No tocante ao quesito de uma forma geral, sobre seu nível de satisfação com a gestão dos serviços de saúde no seu município. Constatou-se pelo gráfico 16 que dos ACS inquiridos 54% estão satisfeitos, entretanto 32% nem satisfeitos e nem insatisfeitos. Dos conselheiros inquiridos 68% estão satisfeitos com a gestão dos serviços de saúde, 16% estão insatisfeitos assim como 16% não estão nem satisfeitos nem insatisfeitos.

Nível de satisfação com a gestão dos serviços de saúde

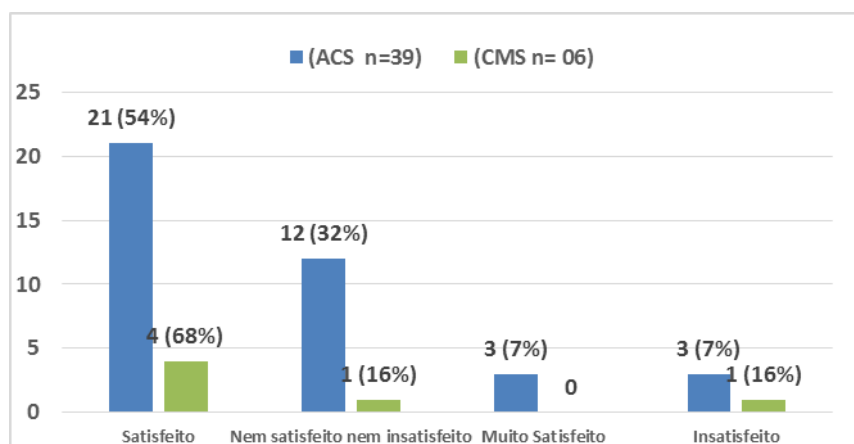


Gráfico 16 – Distribuição de acordo nível de satisfação da gestão dos serviços

Quando se analisou o quesito sobre o nível de satisfação com a gestão dos serviços de saúde no município de Nina Rodrigues, percebe-se que dos ACS a metade não está satisfeita e entre o CMS mais da metade se disseram satisfeitos. Destacando-se que a satisfação ou insatisfação nos serviços impactará, por muitas vezes, diretamente na assistência direcionada à população (Sartoreto, Kurcgant, 2017).

Satisfação é um estado emocional prazeroso que resulta de múltiplos aspectos do trabalho, pode ser influenciado pela subjetividade de cada indivíduo, vivências e características singulares de cada trabalhador, implicando formas diferenciadas de enfrentamento dos problemas e a tomada cotidiana de decisões (Martinez, Paraguay, 2003).

Serviços de saúde são estabelecimentos que tem o objetivo cuidar de pessoas doentes no sentido de conduzi-las de volta ao melhor estado de saúde possível. Estes serviços não contemplam unicamente o diagnóstico e tratamento de doenças, mas também se dedicam a desenvolver ações e programas de promoção da saúde e prevenção de doenças (Brasil, 2005).

4.6.5 Dimensão sobre os pontos positivos e negativos da gestão dos serviços de saúde

Os dados da tabela 1 apresentam como os pontos positivos em relação a gestão dos serviços de saúde, sendo a realização de mutirão de combate as arboviroses, atividades para público alvo e realização das visitas domiciliares, ambas com (10%). Já das respostas dadas pelo CMS, está também como de maior relevância (50%) a realização das visitas domiciliares, seguida de equipe técnica capacitada (33%).

Tabela 3 – Caracterização dos pontos positivos na visão dos ACS e CMS da gestão dos serviços de saúde, 2019.

Variável	ACS Frequência (n=39)		CMS Frequência (n=06)	
PONTOS POSITIVOS	(n)	(%)	(n)	(%)
Presença de médicos e enfermeiros	02	5,0	-	-
Consulta mensal no interior	02	5,0	-	-
Atendimento prioritário nos grupos de risco	01	3,0	-	-
Atendimento da equipe do NASF	02	5,0	-	-
Mutirão de combate as arboviroses	04	10,0	-	-
Trabalho em conjunto com todos os setores	02	5,0	-	-
Busca ativa de crianças para vacinar	01	3,0	-	-
Acompanhamento das gestantes para o pré-natal	03	8,0	-	-
Planejamento de metas e objetivos para os indicadores	02	5,0	-	-
Realização de atividades para público alvo	04	10,0	-	-
Qualificação dos profissionais	02	5,0	-	-
Gestão tenta resolver os problemas da comunidade	02	5,0	-	-
Pagamento em dia	03	7,0	-	-
Realização das visitas domiciliares	04	10,0	03	50,0
Equipe técnica capacitada	03	8,0	02	33,0
Boa recepção	02	5,0	01	17,0
Total	39	100	6	100
Média	2,44		2,33	
Desvio padrão	0,933		0,471	

Conforme o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), regulamentado e reformulado através da portaria GM/MS nº 28 de janeiro de 2015, a avaliação de serviços representa uma das etapas fundamentais para revisão e reorientação do trajeto percorrido na execução das ações de saúde (Brasil, 2015). Sendo assim, tais descrições corroboram ainda

mais para a investigação da percepção da satisfação dos usuários quanto aos serviços de saúde realizados neste estudo.

Em relação aos pontos negativos destacados pelo ACS, de maior relevância foi à falta de materiais para os funcionários (13%), seguido de melhores condições para o atendimento (10%), falta de medicamentos (10%), falta de transporte para visita domiciliares (10%).

Entre as respostas dadas pelo CMS em relação aos pontos negativos da gestão dos serviços de saúde, destaca-se como de maior relevância a deficiência nos insumos e estrutura (50%), seguida por tratamento humanizado (33%).

Tabela 4 – Caracterização dos pontos negativos na visão dos ACS e CMS da gestão dos serviços de saúde, 2019.

Variável	ACS Frequência (n=39)		CMS Frequência (n=06)	
PONTOS NEGATIVOS	(n)	(%)	(n)	(%)
Melhores condições para o atendimento	04	10,0	-	-
Falta de medicamentos	04	10,0	-	-
Falta de centro cirúrgico	02	5,0	-	-
Falta de materiais para os funcionários	06	15,0	-	-
Falta de Raio-X	01	3,0	-	-
Falta de transporte para visita domiciliares	04	10,0	-	-
Falta de compromisso da gestão	02	5,0	-	-
Falta de acesso a zona rural (ponte)	03	8,0	-	-
Tratamento humanizado	02	5,0	02	33,0
Deficiência nos insumos e estrutura	03	8,0	03	50,0
Não responderam	08	21,0	01	17,0
Total	39	100	6	100
Média	3,55		2	
Desvio padrão	1,924		0,816	

Segundo Araújo e Rocha (2007), o MS orienta ações organizadas no trabalho em equipe na busca por humanizar as práticas de saúde mediante o estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade.

Averiguar a respeito da percepção dos usuários é uma tarefa primordial para a gestão do serviço prestado, uma vez que seu entendimento pode proporcionar uma avaliação de desempenho sob a perspectiva do usuário. O resultado pode influenciar decisões de modo a contribuir à oferta de serviços com qualidade à população, gerar indicadores e planejamento de ações com vistas de melhoria contínua dos serviços prestados pela instituição (Moimaz et al., 2010).

Segundo Carvalho (2010), toda avaliação é realizada a partir de parâmetros, ou seja, a partir da análise do que aconteceu durante o serviço e que o cliente esperava do serviço. O resultado dessas comparações pode ser positivo, negativo ou neutro, determinando assim o grau de satisfação. Corroborando com os resultados desse estudo, onde os inqueridos, ACS e CMS, vivenciam o cotidiano da prestação dos serviços, debatem e arguem melhorias para implementação de políticas públicas eficazes e eficientes.

Torna-se imprescindível, que os gestores saibam articular de modo eficiente com as diferentes entidades e, em especial o CMS, pelo fato de ter representantes de todas as categorias e classes sociais, objetivando a melhoria dos serviços ofertados à população. Entretanto, em muitos casos, observam-se gestores que por ocuparem os cargos de maneira “improvisada”, agem com irresponsabilidade e descompromisso (Araújo; Pontes, 2012).

Dentro dessa premissa de responsabilização, cita-se novamente o termo *accountability*, já mencionado no Capítulo 2, subitem 2.2.1, que abrange um conjunto de medidas e a ausência de um dos procedimentos compromete a sua total aplicação. Para Matias-Pereira (2012) o termo reúne mecanismos e procedimentos que conduzem os dirigentes governamentais a prestar contas dos resultados de suas ações à sociedade, garantindo-se a divulgação das políticas públicas e o aumento do nível de transparência.

O que impacta na melhoria dos pontos negativos atribuídos nas respostas do inqueridos desta pesquisa e fortalece ainda mais os pontos positivos. Conjectura-se que o processo de conscientização da sociedade quanto à importância da população em utilizar os instrumentos de participação é um processo de longo prazo.

Capítulo 5: Conclusões

Aborda-se que a gestão em saúde é de total relevância ao andamento da saúde em qualquer esfera de atuação, seja ela federal, estadual, municipal, privada ou filantrópica, sendo assim ser motivo constante e pertinente de debates e discussão entre gestores e no meio acadêmico.

Muitas são as dificuldades financeiras enfrentadas em se fazer gestão dos serviços de saúde, como bem abordado neste estudo no Capítulo 2, onde essa problemática torna-se um desafio em especial em fazer gestão em saúde no SUS nas várias instâncias de governo.

Ponto de destaque para uma gestão eficaz e eficiente é a participação da comunidade e dos conselhos municipais, cabendo-lhes o papel de expressar não somente suas inquietações, mas contribuir de forma direta para a melhoria dos serviços prestados e controle dos gestores públicos no cumprimento de decisões. Enfatiza-se também a importância que os agentes comunitários de saúde têm na construção de melhoria no processo de gestão, pois estes são o elo entre os profissionais, comunidade e gestor.

O trabalho de investigação apresentado nesta dissertação de mestrado foi realizado na ótica de: verificar como os agentes comunitários e os membros do conselho municipal percebem a gestão dos serviços de saúde em um município do Estado do Maranhão, com vistas a, à luz da Teoria da Gestão de Organizações de saúde, sugerir propostas de melhorias organizacionais/processuais, identificar o perfil sociodemográfico dos agentes comunitários e dos membros do conselho municipal de saúde, destacar pontos positivos e negativos da gestão dos serviços de saúde, verificar como os agentes comunitários e o conselho municipal avaliam os serviços ofertados, relacionar como a gestão atua no desenvolvimento das políticas públicas e verificar a participação dos agentes comunitários e do conselho municipal nas discussões da gestão dos serviços.

Ao se compreender o estado da arte sobre a temática e com a aplicação do questionário e análise dos resultados aqui apresentados, pode-se entender o quanto fazer a gestão do SUS implica na vida e cotidiano de uma população, demandando uma enorme gama de serviços, onde a gestão e, aqui tratada a municipal, precisa estar acessível e disponível a discutir as políticas públicas de saúde no seu município. Sendo assim, é possível nomear sugestões em nível da oferta dos serviços de saúde, com o propósito de melhorar a gestão desses serviços

ofertados no município de Nina Rodrigues, promovendo melhoria de acesso e qualidade de vida dos seus munícipes, dentre as quais:

- reuniões com maior frequência entre conselho e gestão municipal, com uma aproximação maior para a resolubilidade das demandas.
- momentos de discussão e valorização maior aos ACS, para que se tenha um olhar de como a gestão está atuando de fato.
- investir na formação e capacitação tanto para o CMS quanto para os ACS quanto as suas atribuições, importância e participação nos mecanismo de gestão dos serviços de saúde.

Para, além disso, realizou-se estudo de caso, com o intuito de identificar o perfil sociodemográfico dos ACS e CMS, verificar como os ACS e o CMS avaliam os serviços ofertados, relacionar como a gestão atua no desenvolvimento das políticas públicas e, verificar a participação destes nas discussões da gestão dos serviços, conseguiu-se chegar a resultados que revelaram a visão geral da gestão dos serviços de saúde, a saber:

- Realiza o acompanhamento da situação de saúde
- Existência das ações intersetoriais e garantia de equipe de apoio institucional ou similar
- Busca estratégias de garantia do cuidado continuado
- Disponibiliza canais de comunicação de forma ainda reduzida
- Possui programa ou política de educação permanente
- Utiliza instrumentos de integração dos serviços de saúde
- Apoia e promove a formação de espaços locais de participação popular, assim como o funcionamento regular e autônomo do CMS.

Entretanto, alguns aspectos da gestão dos serviços de saúde não estão a contento na visão dos ACS e CMS, que através da análise dos resultados, o estudo de caso permitiu chegar as seguintes conclusões em relação:

- Ao desenvolvimento de processos de pesquisa e análise de satisfação do usuário

- Momento de participação nas discussões da gestão dos serviços
- O nível de satisfação com a gestão dos serviços de saúde.

No âmbito dos pontos positivos e negativos da gestão dos serviços de saúde, na visão dos ACS e CMS, o estudo de caso oportunizou uma análise geral e sucinta que podem alertar a gestão na melhoria e mudança no fazer saúde no município de Nina Rodrigues. Concluindo-se como pontos positivos:

- A realização de ações de combate as arboviroses
- Atividades para público alvo
- Realização das visitas domiciliares
- Equipe técnica capacitada

Já em relação aos pontos negativos o estudo apresenta para:

- A falta de materiais para os funcionários
- Melhores condições de atendimento
- Falta de medicamentos e Falta de transporte para visita domiciliares.

Conclui-se assim que o objetivo geral dessa dissertação de verificar como os agentes comunitários e os membros do conselho municipal percebem a gestão dos serviços de saúde em um município do Estado do Maranhão, com vistas a, à luz da Teoria da Gestão de Organizações de saúde, sugerir propostas de melhorias organizacionais/processuais, foi atingido. Isto porque foi possível compreender que a gestão dos serviços de saúde deve ser avaliada permanentemente, sobre olhar do CMS e dos ACS que estão diretamente em contato com os usuários, com vistas a trazer melhorais das políticas e processos de trabalho dentro de um SUS, cujo toda a sua história tratada aqui implica em saberes e fazeres, em responsabilidades e habilidades, em estratégias e mecanismos de eficácia e eficiência para uma gestão qualificada dos serviços ofertados.

Referências

- Alacoque Lorenzini Erdmann, S. R. (2006). Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. *Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis*, p.483-91.
- Albuquerque MV, V. A. (2017). Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. n. 22. *Ciências Saúde Coletiva* , 1055-64.
- Almeida Filho, N. (2011). O que é Saúde? Editora Fiocruz. Rio de Janeiro. p. 160 p.
- Almeida, A., & Lima, L. (2015). O público e o privado no processo de regionalização da saúde no Espírito Santo, v. 39, n. 1. *Saúde Debate*, 51-63.
- Almeida, D. C. (2011). Participação e Controle Social na Saúde. Belo Horizonte, Brasil.
- Alves-Mazzotti, A., & Gewandsznajder, F. (2006). Usos e abusos dos estudos de caso, v. 36, n. 129. *Cadernos de Pesquisa (online)*, p. 637-51.
- Andrade, M. (2009). *Introdução à metodologia do trabalho científico*. 9 ed. São Paulo: Atlas.
- Arantes, C., Mesquita, C., Machado, M., & Ogata, M. (2007). Arantes, Cássia Irene Spinelli; Mesquita, Camila Campos; Machado, Maria Lúcia Teixeira; Ogata, Márcia Niituma. O controle social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 16, n. 3,, p. 4.
- Araújo, C., & Pontes, R. (2012). Constituição de sujeitos na gestão em saúde: avanços e desafios da experiência de Fortaleza. Rio de Janeiro. 17(9),. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2357-65.
- Araújo, C., & Pontes, R. C.-6. (Araújo, CEL; Pontes, RJS. Constituição de sujeitos na gestão em saúde: avanços e desafios da experiência de Fortaleza. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 17(9):2357-65. 2012.).
- Araújo, MBS.; Rocha, PM. Trabalho em equipe: um desafio para consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.12, n.2, p.455-464, 2007.
- Bahia, L. (2018.). Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente, n. 34, . *Caderno Saúde Pública*., 67-218.
- Básica., B. M. (2012). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, Brasília, Brasil.
- Bispo Júnior JP, G. S. (2013). Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. v. 18, n. 1. *Ciências Saúde Coletiva*, 7-16 .
- Brasil 13.595/2018, L. (05 de 01 de 2018). (LEI ORDINÁRIA). *Diário OFICIAL DA União*. Brasília-DF.

- Brasil. 1990., B. L. (19 de setembro de 1990.). *Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. .* Acesso em setembro de 2019, disponível em <http://www.cff.org.br/userfiles/file/leis/8080.pdf>.
- Brasil. (28 de junho de 2011). Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Interfederativa, e dá e dá out. *Dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF.*
- Brasil. 28 de dezembro de 1990. *Lei 8.142, 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.* Acesso em 17 de março de 2019, disponível em www.planalto.gov.br/ccivil_: www.planalto.gov.br/ccivil_
- Brasil. Resolução 453/2012, de 10 de maio de 2012, Dispõe sobre diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília, Brasília, 2012.
- Brasil. Lei nº. 8.080, d. 1. (19 de setembro de 1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, Brasil, Brasil.
- Brasil. Lei nº. 8.142, d. 2. (28 de dezembro de 1990). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, Brasil, brasil.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, d. 3. (30 de dezembro de 2010). http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em 12 de setembro de 2019
- Brasil. Ministério do Trabalho. Portaria GM no. 485 de 11 de novembro de 2005. D.O.U. de 16/11/2005. NR 32 – segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Brasília, 2. (Brasil. Ministério do Trabalho. Portaria GM no. 485 de 11 de novembro de 2005.
- Brasil. Portaria nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2014. Política Nacional de Educação Permanente. Brasília: Ministério da Saúde, 2. (Brasil. Portaria nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2014.
- Campos, G. e.-3.-1. (s.d.).
- Cartográficos., I. I. (2010). Anuário Estatístico do Maranhão. IMESC, 791 p. v. 4. São Luís, Maranhão, Brasil.

- Carvalho, A., & Pedrosa, E.M. Satisfação dos usuários com o acolhimento implantado em uma unidade de saúde da família. *Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde*, [S.I.], v. 1, n. 1, p. 37-42, jan-jun. 2015.).
- Cecílio LCO, M. E. (2003.). A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas.
- Coelho, J. (2012). Construindo a Participação Social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. *Saúde Soc. São Paulo*, v.21, supl.1., p.138.
- Colliselli, L. (2009). A compreensão dos conselheiros municipais de saúde sobre a participação social e seus processos. Dissertação, UFSC. Florianópolis. *A compreensão dos conselheiros municipais de saúde sobre a participação social e seus processos.*, p. 124 p.
- Corbo, A. M. (2007). Saúde da família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, M. V. G. C, CORBO, A. (Orgs.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro, Ed: EPSJV/Fiocruz. *Modelos de atenção e a saúde da família.*, pp. 69-106.
- Cotta, R. M., Cazal, M. d., & Rodrigues, J. F. (2009.). Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 419-38.
- Cruz, F. O. (2012). *A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Cunha JP. In: Campos FE, W. G. (2001). Comunicação em vigilância sanitária. Belo Horizonte: Coopmed, 2001 Cadernos de Saúde, 4). p. 105- 13. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/>. *Cadernos de Saúde*, 4, p. 105- 13.
- Deborah Carvalho Malta, M. M. (4301-4311). A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2014.
- Dominguez, B. (2006). A despreciação é urgente. Rio de Janeiro, v. 46, n. 1., *Radis, Comunicação em saúde.*, 8-11.
- Dourado, D., & Elias, P. R.-2. (Dourado, DA.; Elias, PEM. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo. v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011.).
- Draibe, S. (2003). A política social no período FHC e o sistema de proteção social. *Tempo social*, 63-101.
- Erdmann, A. L., Andrade, S. R., Mello, A. L., & Meirelles, B. H. (2006.). Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. Florianópolis, v.15, n.3, jul-set. *Texto Contexto Enfermagem.*, 483-91.

- Fagnani, E. (2011). A política social do governo Lula (2003-2010): perspectiva histórica. *Revista SER Social*, 41-80.
- Ferreira, L. A. (2011). *Os direitos sociais e sua regulamentação: coletânea de leis*. Cortez: São Paulo.
- Ferreira, V. L. (2012). As múltiplas faces da gestão: a prática gerencial nos serviços de saúde. Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
- Figuereido, Mariana Filchtiner. Direito à saúde. Bahia, 4. ed. Editora Juspodivm, 2015. (s.d.).
- Filgueiras, F. (2011.). Além da transparência: accountability e política da publicidade. Lua Nova, São Paulo, n. 84. *Além da transparência: accountability e política da publicidade*, pp. 65-94.
- Fleury, S. (2017.). The Welfare State in Latin America: reform, innovation and fatigue, v. 33, n. 2. *Caderno Saúde Pública*, 58-116.
- Fracolli, L. A. (2016). Fracolli, L. A, Gomes, M. F. P, Chiesa, A. M. Percepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre as ações de promoção da saúde. v. 14, n. 47. *Revista de Atenção à Saúde*, 49-54.
- Gadelha, C. A. (2011). Saúde e territorialização na . Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. , v.16, n. 6. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, p. 3003-3016.
- Gomes W, M. R. (2008.). *Comunicação e democracia*. Porto Alegre: Meridional; Sulina.
- Gomes, E. G. (2013). Conselhos Gestores de Políticas Públicas: Democracia, Controle Social e Instituições. São Paulo: EAESP/FGV (Dissertação de Mestrado do Curso de Mestrado de Administração Pública e Governo da EAESP/FGV, Área. *Conselhos Gestores de Políticas Públicas: Democracia, Controle Social e Instituições.*, p. 110.
- Gondim, G., Monken, M., Rojas, L., Barcellos, C., Peiter, P., Navarro, M., et al. (2008). O território da Saúde: A organização do sistema de a territorialização.
- Gouveia, G., Souza, W., Luna, C., Júnior, P., & Szwarcwald, C. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. *Revista Brasileira Epidemiologia*. 2009.
- Grüne, CP. Participação cidadã na gestão pública. São Paulo: Saraiva, 2012.
- Guedes, CR. O apoio institucional na Política Nacional de Humanização: uma experiência de transformação das práticas de produção de saúde na rede de atenção básica. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, . v. 20, n. 1,, p. 93-101,. 2012.

- Guimarães MCL, M. C. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: um caso na saúde. *Avaliação: metodologias no campo da saúde e da formação*. Salvador: EDU, pp. p. 17-52. 2012.
- Heimann, LS. *A Trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa de Saúde de Família no SUS: uma busca de identidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2005.
- Hermany, R. M.-b. (Hermany, R. Município na constituição: poder local no constitucionalismo luso-brasileiro. Curitiba: Juruá Editora, 2012.
- Hilda Maria Cardoso Peixoto, V. C. (2015). Percepção do agente comunitário de saúde sobre educação em saúde em uma unidade básica de saúde . *Revista de Enfermagem do Ceto Oeste Mineiro*, 1784-1793.
- IBGE. (2010). Censo 2010. São Luís, Maranhao, Brasil.
- IBGE, I. B. (2010). Censo Demográfico .
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, I. (2011). *Políticas Sociais - acompanhamento e análise*.
- Kleba, M. E., Zampirom, K., & Dunia, C. Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um Conselho Municipal de Saúde. *Saúde Soc. São Paulo*, p. 556-567, 2015.
- Lima, L. D. (2012.). Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. Rio de Janeiro, v. 17, n. 7. *Ciência & Saúde Coletiva*., 1903-1914.
- Lima, L. D. et al. (2012.). Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, v. 17, n. 11, 2881-2892.
- Lima, L. D. (2013.). A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. In: FUNDAÇÃO OSWALDO. *A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde*. v. 3. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, pp. 73-139.
- Lorenzetti, J. e. (2014). Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. 23(2). Abr-Jun,. *Texto & contexto enfermagem*, 425-425.
- Lucchese, P. T. (1996). Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde - Retrospectiva 1990/1995. *Planejamento e Políticas Públicas*., 75 - 152.

Machado CV, L. L. (2017;). Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. 33 Suppl 2:e00129616. *Cad Saúde Pública*, 129-616.

Machado, C., Lima, L., & Baptista, T. (2017). Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. , v. 33, n. 2, . *Caderno Saúde Pública*, 129-616.

MAPS., G. (s.d.). <https://www.google.com.br/maps/@-3.5135488,-43.9246848,13z?hl=pt-BR>. Acesso em 31 de julho de 2019, disponível em <https://www.google.com.br>.

Marques, EC. Government, political, actors and governance in urban policies in Brazil and São Paulo: concepts for a future research agenda.n. 7, p. 8-35, 2013. (s.d.). *Braz. Political Sci. Revista*,.

Martinez MC, Paraguay AIBB. Satisfação e saúde no trabalho - aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*.; (6): 59-78, 2003.

Martins, E. L. M. Seminário temático 3: saúde. São João Del Rei: UFSJ, 2011. (s.d.).

Mateos, S. B. (2011). A construção da democracia participativa. n. 65. *Desafios do Desenvolvimento*, , 18-33.

Matias-Pereira, J. (2009). *Manual de gestão pública contemporâneo. 2.ed.* São Paulo: Atlas.

Mello, G. A. (2017.). O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *MELLO, G. A. et al. O processo de regiona*Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4., 1291-1310.

Mendes, A., & Marques, R. (2009.). O financiamento do SUS sob os ventos da “financeirização”. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, 841-850.

Menicucci, T. (2007). Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Menicucci, T. M. (2006). A implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. *Saúde soc.* , 72-87.

Menicucci, T. M. (2011.). *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Moimaz, S., Marques, J., Saliba, O., Garbin, C., zina, L., & Saliba, N. S. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro v.20, n.4, p.1419-1440, 2010.

- Moraes, V., CEA., C., & Brandão, A. E.-1. (Moraes, VD; Campos CEA.; Brandão, AL. Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 127-146, 2014.
- Moreira, M. R., Ribeiro, J. M., & Ouverney, A. M. (2017). Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. Rio de Janeiro, v. 22, n. 4. *Ciência & Saúde Coletiva*, , 109.
- Morosini, M. V., Fonseca, A. F., & Lima, L. D. (2018). Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. v.42, n.116, jan./mar. . *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, p.11-24.
- Nogueira, M. L. (2017). O processo histórico da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde: trabalho, educação e consciência política coletiva. *O processo histórico da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde*, p. 544f.
- Nunes, André. As teorias de justiça e a equidade no sistema único de saúde no Brasil. In: (s.d.). *Planejamento e Políticas Públicas*, n. 37, p. 9-37, jul./dez. 2011.
- Oliveira AR, C. A. (2010.). Satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. *Revista Eletrônica Enfermagem*, v. 12, n. 1, 28-36.
- Oliveira, A. I. (2013.). Controle Social no SUS: discurso, ação e reação. . *Ciências Saúde Coletiva*, v. 18, n. 8 , 2329-2338.
- Oliveira, V. C. Desafios e contradições comunicacionais nos Conselhos de Saúde. In: SANTOS, A. (2006.). Desafios e contradições comunicacionais nos Conselhos de Saúde. In: SANTOS, A. (Org.). *Caderno mídia e saúde pública*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública/Funed, 2006. p. 83-100.
- Paddison, C. A., Abel, G. D., Roland, M. O., Elliott, M. N., Lyratzopoulos, G., & Campbell, J. L. (p. 1081-1092). Drivers of overall satisfaction with primary care: evidence from the English General Practice Patient Survey. . *Health Expect*, , 2015.
- Paim, J. S. (2009.). *O que é SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Paim, J. S. (2008). *Reforma sanitária brasileira : contribuição para a compreensão e crítica*. Rio de Janeiro: Salvador : EDUFBA.
- Paim, J. S. (2012). *A Reforma Sanitária e o CEBES* . Rio de Janeiro: CEBES .
- Paiva, A., Gonzales, R., & Leandro, J. G. (2017). Coordenação federativa e financiamento da política de saúde: mecanismos vigentes, mudanças sinalizadas e perspectivas para o futuro. v. 36, n. 2. *Novos Estudos Cebap*, , 55-81.

- Pasche, D., & Passos, E. I. Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde – aposta da política de Humanização da Saúde. *Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde - Saúde em Debate*. Rio de Janeiro. v. 34, n. 86, p. 423-432, jul./set.
- Paulo Marchiori Buss, A. I. (2009). Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2305-2316.
- Peixoto HMC, L. V. (Junho de 2015). Percepção do agente comunitário de saúde sobre educação em saúde em uma unidade básica. v. 5, n. 3. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 1784-1793.
- Pereira, B. S., & Tomasi, E. (2016). Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde. Brasília, DF, v. 25, n. 2. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 411-418.
- Pinto, H. A., Barbosa, M. G., & Ferla, A. A. (2015.). Avaliação da atenção básica: a ouvidoria ativa como estratégia de fortalecimento do cuidado e da participação social. *Saúde em Redes*, , p. 15-26.
- Piola, S. F. (2019). Saúde no Brasil – algumas questões sobre o sistema único de saúde (SUS).
- Piola, S. F., Paiva, A. B., & Servo, L. M. (2013). Financiamento Público da Saúde: uma história à procura de rumo. IPEA (Texto para Discussão, n. 1846). Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
- Polignano, M. V. (s.d.). *HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL*. Acesso em 23 de março de 2019, disponível em medicina.ufmg.: http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf
- Polit, D. F., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. Trad. de Ana Thorell. Porto Alegre: Artmed.
- Ramos, M. T.-9., & 2010., 2.-2. Ramos, M. Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, UFRJ, pp.62-91; 243-274. 2010.
- Ribeiro, J. M., & Moreira, M. R. (2016). A crise do federalismo cooperativo nas políticas de saúde no Brasil. *RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. A crise do federalismo Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 40. N. especial., 14-24.*
- Rizzotto, M. L. (2012.). *Capitalismo e Saúde no Brasil nos anos 90: as propostas do Banco Mundial e o desmonte do SUS*. . São Paulo: HUCITEC.
- Rocha, A. M. (4313-4322). Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2014.

- Rocha, C. A. Rocha, CV. A cooperação federativa e a política de saúde: o caso dos consórcios intermunicipais de saúde no estado do Paraná. *Cadernos Metrópole*, São Paulo, v. 18, n. 36, p. 377-399, 2016.
- Rodrigues, P. H.A.; Fleury, S. Uma rica avaliação da construção da gestão democrática da saúde no nível local. Rio de Janeiro: Cebes: Editora Fiocruz, 2014. *Saúde debate*, v. 39, n. spe, p. 340-344,. (s.d.).
- Roncalli, A. G., & Lima, K. C. (2006.). Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. *Ciência Saúde Coletiva*, 713-24.
- Rosa, W. A.; Godinho, L. R. (2005). Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev. Latino-americana de Enfermagem*.
- Santos AM, G. L. (2014). Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Rev Saúde Pública*, :622-31.
- Santos SSBS, M. C. (2012). Avaliação da capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica no estado da Bahia. 17(4). *Ciências Saúde Coletiva*., 873-82.
- Santos, L. P., & Fracolli, L. A. (2010.). O Agente Comunitário de Saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde. *Revista Escola Enfermagem USP*, v. 44., 76-83.
- Santos, M. (2014). *A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção*. . São Paulo: EDUSP.
- Santos, Maria Paula Gomes. *O Estado e os Problemas Contemporâneos*. 2 ed. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/ UFSC, 2012, p. 93. (s.d.).
- Sartoreto IS, K. P.-1. (Sartoreto IS, Kurcgant P. Satisfação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. *Revista brasileira de ciências da Saúde*, v. 21, n. 2, p. 181-188, 2017.
- Saúde, B. C. (2011). O Financiamento da Saúde. Coleção para entender a gestão do SUS. Vol. 2. In: B. C. Saúde. Brasília: : CONASS.
- Saúde, B. M. (2011.). *Lei 8142 de 28/12/90*. Brasília. Brasília.
- Saúde, B. M. (2013). Para entender o controle social na saúde/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília, Brasília, Brasil.
- Saúde, B. M. (2012). *Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012*. . Brasília.
- Saúde, B. M. (16 de janeiro de 2012). <http://www2.planalto.gov.br/>. Acesso em 23 de março de 2009, disponível em Diário Oficial da União: <https://www.planalto.gov.br>
- Saúde, B. M. (2014). *dab.saude.gov.br*. Acesso em 23 de junho de 2019, disponível em portaldab/smo: <http://dab.saude.gov.br>

- saúde, B. M. (22 de setembro de 2017). *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. *Diário Oficial da União*. Acesso em 10 de agosto de 2019, disponível em <http://www.saude.df.gov.br>
- Saúde, B. M. (2017). Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: MS. *Vigitel Brasil*. 2016.
- Saúde, B. M. (Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. 3. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2011.). Carta dos direitos dos usuários da saúde. *Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. 3. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2011.*
- Saúde, O. M. (2010). *Declaração de Adelaide sobre a Saúde em Todas as Políticas: no caminho de uma governança compartilhada, em prol da saúde e do bem-estar*. Genebra: Biblioteca da OMS.
- Saúde., B. M. (2007.). *Financiamento da Saúde: novos desafios*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Saúde., B. M. (2009). Brasília: Ministério da Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde,. Brasília, Brasília, Brasil.
- Saúde., B. M. (2011). Acolhimento à demanda espontânea/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde (Série A). In: B. M. Saúde., *Acolhimento à demanda espontânea* (p. 56). Brasília.
- Saúde., B. M. (2011). Decreto 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interferativa, e dá outras providê.
- Saúde., B. M. (12 de Dezembro de 2012). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov>. Brasília, Brasília, Brasil.
- Saúde., B. M. (s.d.). *Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Com*.
- Saúde., C. N. (2017). SUS Legal: Conasems, Conass e Ministério pactuam novo modelo de repasse de recursos do SUS. CONASEMS. Brasília, Brasília, Brasil.
- Saúde., M. d. (2008). *Ministério da Saúde. Cadernos de planejamento*.
- Saúde., O. M. (junho de 2013). *Health Promotion International*. Acesso em 23 de junho de 2019, disponível em academic.oup.com: <http://www.searo.who.int>

- Schneider, V. (2005.). Redes de políticas públicas e a condução de sociedades complexas, n. 5 . *Civitas*, 29-58.
- Secretaria-Executiva, B. M. (2011). Caderno de referência para o processo de formação de profissionais do apoio institucional integrado do Ministério da Saúde: QUALISUSREDE.
- Severino, A. J. (2007). *Metodologia do Trabalho Científico*. São Paulo: 23ª ed. Cortez.
- Silva, F. R. (2015.). Controle social: a gestão social das ações do Estado. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) – Universidade Federal do Tocantins, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, Palmas. *Controle social*, p. 178.
- Silva, G. A. (Janeiro de 2012). Câncer de mama no Brasil: estratégias para o seu enfrentamento. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1. *Câncer de mama no Brasil*.
- Sousa JC, B. B. (Sousa JC, Batista BPR, Barbosa JF, Souza EC. Segurança do Paciente e a Educação Permanente: foco na integração da Atenção Básica e Unidade de Pronto Atendimento (UPA). *Rev Cient Esc Saúde Goiás*, v. 5, n. 2, p. 2, 2019.
- Souza, C. (65-86). Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas. In: M. e. ARRETCHE, *Políticas Públicas no Brasil*. (p. 2007). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Tarja, S. F. (2014.). *Gestão Estratégica na Saúde: Reflexões e práticas para uma administração voltada para excelência*. Sao Paulo: São Paulo: Iáttria.
- Teixeira, C. F., & Vilasboas, A. L. (2013). Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação? In: 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. *Universalidade, Igualdade e Integralidade da Saúde: um projeto possível. Anais...Belo Horizonte*., pp. 1-26.
- Texeira., C. (2010). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA.
- TMC., M. (s.d.). Público e privado na política.
- Viana ALd'A, L. L. (2011.). Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Viana, A. L. (2014.). *Descentralização e política de saúde: origens, contexto e alcance da descentralização*. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC.
- Viana, A., Miranda, A., & Silva, H. (2017.). Segmentos institucionais de gestão em saúde: descrição, tendências e cenários prospectivos. In: Noronha JC, Lima LD, Chorny AH, Dal Poz MR, Gadelha P, organizadores. *Brasil Saúde Amanhã: dimensões para o planejamento da atenção à saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fio cruz, pp. 151-88.

- Vinícius, P. M. (2014). PSF e ODM : a influência do Programa Saúde da Família para os estados brasileiros atingirem a meta de mortalidade na infância dos objetivos de desenvolvimento do milênio. Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos. *PSF e ODM*, p. 88 f. .
- Wai, M. (2007). O trabalho do agente comunitário de saúde na estratégia saúde da família: fatores de sobrecarga e mecanismos de enfrentamento em Ribeirão Preto/SP. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). *O trabalho do agente comunitário de saúde na estratégia saúde da família: fatores de sobrecarga e mecanismos de enfrentamento em Ribeirão Preto/SP. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem /USP, Ribeirão Preto.*, p. 137.
- Welter, S. R. (2012). Grau de satisfação dos usuários do serviço de saúde do município de Jari/RS. Monografia - (Curso de Especialização em Gestão em Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. *Grau de satisfação dos usuários do serviço de saúde*, p. 34f.
- Xavier, D., Matos, V., Magalhães, M., Bellido, J., Velasco, W., & Viacava, F. (2017). Polos e fluxos de deslocamento de pacientes para internação hospitalar e procedimentos selecionados no Sistema Único de Saúde. In: *Noronha JC, Lima LD, Chorny AH, Dal Poz MR, Gadelha P, organizadores. Brasil Saúde Amanhã: dimensões para o planejamento da atenção à saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.*, pp. 113-49.
- Yin, R. (2005). Estudo de Caso. Planejamento e Métodos. Porto Alegre: Bookman.

APÊNDICES

Apêndice I

(Questionário sobre o perfil sociodemográfico dos participantes e questões fundamentadas no PMAQ/MS, composto por 4 blocos referentes a avaliação dos serviços ofertados, atuação da gestão no desenvolvimento das políticas públicas, participação dos entrevistados nas discussões da gestão dos serviços de saúde e o componente 5 refere-se aos pontos positivos e negativos da gestão dos serviços de saúde).

QUESTIONÁRIO

O presente questionário está enquadrado num estudo académico realizado no âmbito do Mestrado em Gestão da Escola Superior de Gestão de Tomar (ESGT) – Instituto Politécnico de Tomar (IPT), e tem como objetivo auscultar a sua opinião sobre a gestão dos serviços de saúde no seu município.

A sua participação neste estudo é de fundamental importância, pelo que pedimos que responda com honestidade e a todas as questões. A sua participação será voluntária, estando garantido o anonimato.

O questionário é composto por 4 páginas, num total de 17 questões. Para indicar a sua opinião marque com um X a sua resposta.

Desde já, agradecemos a sua disponibilidade para colaborar nesta pesquisa.

Marque a opção identificando-se como:

- () Agente Comunitário de Saúde
- () Conselheiro Municipal de Saúde

I. Dados sobre o perfil sociodemográfico

1. Género

- () Masculino
- () Feminino
- () Não se identifica com nenhum género

2. Idade (anos) _____

3. Escolaridade

- () Alfabetizado
- () Nível fundamental (1º grau) completo
- () Nível fundamental (1º grau) incompleto
- () Nível médio (2º grau) completo
- () Nível médio (2º grau) incompleto
- () Superior completo
- () Superior incompleto
- () Pós-graduação
- () outros _____

4. Raça/cor

- () branco
- () preto
- () pardo
- () amarelo
- () indígena

QUESTIONÁRIO FUNDAMENTADO NO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA-PMAQ (MINISTÉRIO DA SAÚDE)

II. Como os agentes comunitários e o conselho municipal avaliam os serviços ofertados.

5. A gestão municipal de saúde faz o acompanhamento da situação de saúde como subsídio para o planejamento e a tomada de decisões.

- () sim
- () não
- () não sei responder

6. A gestão municipal de saúde desenvolve ações intersetoriais para promover a qualidade de vida da população.

- () sim
- () não
- () não sei responder

7. A gestão municipal de saúde constitui (garante) equipe de apoio institucional ou similar.

- () sim
- () não
- () não sei responder

8. A gestão municipal de saúde desenvolve estratégias para a garantia da continuidade do cuidado dos problemas mais frequentes e linhas de cuidado prioritárias, assegurando profissionais e serviços em seu território ou região de saúde.

- () sim
- () não
- () não sei responder

9. A gestão municipal de saúde disponibiliza canais de comunicação que permitam aos usuários expressarem suas necessidades e expectativas.

- () sim
- () não
- () não sei responder

III. Como a gestão atua no desenvolvimento das políticas públicas

10. A gestão municipal de saúde possui programa ou política de educação permanente elaborado e instituído para os profissionais de saúde, incluindo os ACS e conselheiros municipais de saúde.

- () sim
- () não
- () não sei responder

11. A gestão municipal de saúde utiliza instrumentos de integração dos serviços de saúde que permitem o atendimento em tempo e modo oportunos.

- ☐ sim
- ☐ não
- ☐ não sei responder

12. A gestão municipal de saúde desenvolve processos de pesquisa e análise de satisfação do usuário em relação aos serviços de saúde prestados.

- ☐ sim
- ☐ não
- ☐ não sei responder

IV. participação dos agentes comunitários e do conselho municipal nas discussões da gestão dos serviços

13. A gestão municipal de saúde apoia e promove a formação de espaços locais de participação popular.

- ☐ sim
- ☐ não
- ☐ não sei responder

14. A gestão municipal de saúde apoia o funcionamento regular e autônomo do Conselho Municipal de Saúde.

- ☐ sim
- ☐ não
- ☐ não sei responder

15. Em qual momento você participa nas discussões da gestão dos serviços.

- ☐ diariamente
- ☐ mensalmente
- ☐ anualmente
- ☐ nunca

16. De uma forma geral, qual é o seu nível de satisfação com a gestão dos serviços de saúde no seu município

- ☐ Muito Satisfeito
- ☐ Satisfeito
- ☐ Nem Satisfeito nem Insatisfeito
- ☐ Insatisfeito
- ☐ Muito Insatisfeito

V. Pontos positivos e negativos da gestão dos serviços de saúde

Pontos positivos

Pontos negativos

Apêndice II –

(Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentados a todos os participantes deste estudo)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro, por meio deste termo, que concordei em participar na pesquisa de campo, inserida na Dissertação de Mestrado em Gestão do Instituto Politécnico de Tomar com o título “Avaliação da gestão dos serviços de saúde na visão dos agentes comunitários e representantes do conselho municipal de saúde em um município do estado do Maranhão” desenvolvida por Verisleine Aranha de Oliveira, a quem poderei contatar/consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº (98) 991054335 ou e-mail leinearanha13@gamil.com. Fui informado(a), ainda, de que a pesquisa é orientada pelo Doutor Eduardo Brou, Professor no Instituto Politécnico de Tomar (IPT) na área de Gestão. Afirmando que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é verificar como os agentes comunitários e os membros do conselho municipal percebem a gestão da saúde em um município do Estado do Maranhão, com vista a, à luz da Teoria da Gestão de Organizações de saúde, sugerir propostas de melhorias organizacionais/processuais.

Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio da aplicação do questionário, em espaço a ser disponibilizada pela instituição de saúde, a partir da assinatura desta autorização. Os dados recolhidos serão partilhados apenas pelos investigadores, anonimizados e poderão vir a ser divulgados em artigos de revistas científicas.

Fui ainda informado(a) de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Nina Rodrigues, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____