

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM E SAÚDE**

**AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS DA GESTÃO EM SAÚDE**  
**EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DA**  
**MICRORREGIÃO DE JEQUIÉ – BAHIA**

**ROSELI MARIA CARDOSO RIBEIRO**

**JEQUIÉ/BA**  
**2012**

**ROSELI MARIA CARDOSO RIBEIRO**

**AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS DA GESTÃO EM SAÚDE  
EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DA  
MICRORREGIÃO DE JEQUIÉ – BAHIA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, em nível de Mestrado Acadêmico do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB, com área de concentração Enfermagem em Saúde Pública, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem e Saúde.

**Linha de Pesquisa:** Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. DSc. Alba Benemerita Alves Vilela

**Co-orientador:** Prof. DSc. Cezar Augusto Casotti

**JEQUIÉ/BA  
2012**

Ribeiro, Roseli Maria Cardoso.  
R372      Avaliação dos aspectos da gestão em saúde em municípios de  
pequeno porte da microrregião de Jequié-Bahia/Roseli Maria  
Cardoso Ribeiro.- Jequié, 2012.  
108 f: il.; 30cm. (Anexos)

Dissertação (Mestrado-Programa de pós-graduação em  
enfermagem e saúde) - Universidade Estadual do Sudoeste da  
Bahia, 2012. Orientadora Profª. DSc. Alba Benemérita Alves  
Vilela.

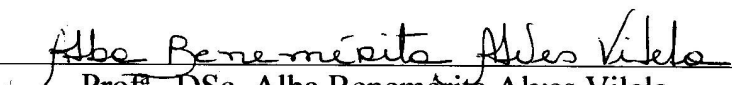
1. Saúde pública – Gestão 2. Saúde pública – SUS 3. SUS –  
Políticas públicas de saúde I. Universidade Estadual do Sudoeste  
da Bahia II. Título.

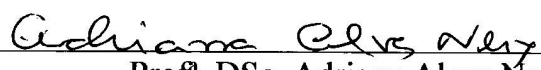
CDD – 614.0981

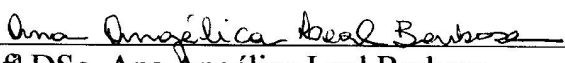
## FOLHA DE APROVAÇÃO

RIBEIRO, Roseli Maria Cardoso. Avaliação dos aspectos da gestão em saúde em municípios de pequeno porte da microrregião de Jequié – Bahia. 2012. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Área de Concentração: Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié-BA.

### BANCA EXAMINADORA

  
Profª. DSc. Alba Benemerita Alves Vilela  
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB  
(Orientadora e presidente da Banca)

  
Profª. DSc. Adriana Alves Nery  
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB  
Examinadora

  
Profª DSc. Ana Angélica Leal Barbosa  
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB  
Examinadora

Jequié-BA, 01 de março de 2012.

*Sobre as Águas*

*Toque No Altar*

*Se o sol se por  
E a noite chegar  
Tu és quem me guia.  
Se a tempestade me alcançar  
Tu és meu abrigo.*

*Se o mar me submergir  
A tua mão  
Me traz a tona pra respirar  
E me faz andar  
Sobre as águas  
Tu és o Deus da minha salvação,  
És o meu dono, minha paixão,  
Minha canção e o meu louvor.  
Aleluia!*

**À Deus**, fonte de amor ilimitado, pela força e sabedoria.

*Digno és, Senhor, de receber glória e honra,  
e poder, porque tu criaste todas as coisas,  
e por tua vontade são e serão criadas.*  
(Apocalipse 4.11)

## AGRADECIMENTOS

A **Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, ao Programa Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES-UESB)** e ao seu corpo docente pela dedicação, firmeza e saberes compartilhados;

À professora **DSc. Alba Benemerita Alves Vilela**, minha amada orientadora, pela motivação, dedicação e paciência, e, por acreditar em mim, mesmo nos momentos de incerteza. Grande é minha admiração por você;

Ao professor **DSc. Cezar Augusto Casotti**, meu co-orientador, pelo estímulo, solidariedade e atenção, que muito contribuíram para a realização deste trabalho;

Às professoras **Cristina Setenta e Vitória Solange**, presentes na qualificação, pelo tempo que dispuseram e pelas valiosas contribuições para a composição desse estudo;

As professora **DSc. Adriana Alves Nery e DSc. Anha Angélica Leal Barbosa** pela disponibilidade e valiosa contribuição na conclusão deste estudo;

Às **Secretarias Municipais de Saúde**, por ter autorizado a coleta de dados;

À minha mãe, **Leonídia**, mulher guerreira, que está ao meu lado em todos os momentos;

Ao meu pai, **Deodato**, pelo carinho e admiração a mim dedicados.

Aos meus filhos, **Francieli e Júnior**, por entenderem os momentos de ausência e por verdadeiras heranças de Deus em minha vida;

Aos meus netos, **Gabriel e Joanna**, por serem bênçãos em minha vida e por compreenderem os momentos que não pode compartilhar com vocês o uso do computador;

À minha irmã, **Rosendy**, pelas palavras de fé e de incentivo, pelo afeto e dedicação em ouvir meus desabafos. Agradeço a Deus pela sua vida e de sua família.

À **D. Júlia**, pelo carinho e pelas orações em favor da minha vida.

À amiga, **Nádja**, companheira de todas as horas pelo apoio, carinho e pelas palavras de ânimo nos momentos de cansaço e ansiedade;

Ao professor **MSc. Jair Magalhães da Silva**, meu amigo, pela disponibilidade em compartilhar saberes e experiências preciosas para a construção desse trabalho;

Aos **funcionários do Mestrado**, em especial a **Neilma Souza Bispo** pela paciência e compreensão com que trataram nossas demandas. Vocês também contribuíram para esta realização;

Aos **colegas do Mestrado**, desde a primeira turma, pelo carinho, companheirismo e incentivo e pelos momentos maravilhosos que passamos juntos. O meu sincero agradecimento;

À colega **Elisama Nascimento Rocha** pelo apoio na realização e transcrição das entrevistas;

À **James**, amigo/irmão, pela sabedoria e paciência nos nossos projetos e artigos produzidos juntos, por compartilhar os conhecimentos durante o processo de construção desse trabalho;

Às minhas amigas e companheiras de trabalho, **Karlla Bispo, Danuza Britto e Aparecida Cabral**, pela motivação constante e pelas orações que me sustentaram todos os dias de construção do trabalho;

Aos meus irmãos, **da Igreja do Evangelho Quadrangular**, por compreenderem a minha ausência e pelas intercessões em favor de minha vida e de minha família;

À **Maria da Graças Pereira**, pela formatação desse trabalho. Sou eternamente agradecida.

Aos **informantes** que aceitaram participar do estudo. Muito obrigado;

À **todos** que de alguma forma contribuíram para o sucesso deste trabalho, minha eterna gratidão!



## RESUMO

A descentralização tem sido um elemento importante na construção de novas práticas de saúde, considerando um sistema federativo especial, em que os municípios são entes federados, dotados de autonomia política, administrativa e financeira, com um papel de protagonista da gestão do sistema de saúde em seu território, definido constitucionalmente. Essa pesquisa teve como objeto de estudo a avaliação dos aspectos da gestão em saúde em municípios de pequeno porte da microrregião de Jequié-BA. O objetivo geral foi avaliar o processo de implementação do SUS em municípios de pequeno porte da microrregião de Jequié-BA; e os objetivos específicos foram caracterizar a estrutura organizacional do sistema de saúde, identificar os fatores que contribuíram para a implementação do SUS e conhecer os limites encontrados no processo de implementação do SUS. Foram abordadas algumas considerações sobre políticas públicas, processo da política de saúde no Brasil e descentralização em saúde. A estratégia de pesquisa utilizada foi o estudo de caso por ser uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real. Utilizamos como técnicas de coleta de dados a entrevista semi-estruturada, análise documental e observação direta. Os sujeitos do estudo constituíram-se em gestores e técnicos/gestores da SMS. Tem como campo de investigação dois municípios de pequeno porte da microrregião de Jequié. Na análise dos dados foi utilizada a Técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. Os dados empíricos evidenciaram que existe uma dependência do financiamento federal para o desenvolvimento das ações e serviços de saúde, além da dificuldade com relação à acessibilidade dos usuários aos serviços especializados de média e alta complexidade. A inexistência de Plano de Carreiras, Cargos e Salários contribui para a rotatividade de profissionais nas diversas áreas de atuação do sistema municipal de saúde. Como avanços foram identificados à elaboração de instrumentos básicos de gestão de forma sistematizada, práticas de avaliação e planejamento e o conhecimento dos gestores a cerca da realidade local. Por tais razões, há necessidade de mudança de direcionalidade na política municipal de saúde dos municípios-caso, tanto na gestão do sistema, quanto na reorganização do modelo de atenção, visando reduzir as dificuldades e limites identificados e garantir uma assistência de qualidade a população.

Palavras-chave: gestão em saúde, políticas públicas de saúde e SUS.

## ABSTRACT

The decentralization has been an important element in the construction of new health practices, considering a special federative system, in which the municipalities are federal entities, given political, administrative and financial autonomy, with a lead role in the management of the health system in its territory, defined constitutionally. This research had as study object the evaluation of health management aspects in small municipalities in the micro region of Jequié-BA. The general objective was to evaluate the SUS implementation process in small municipalities in the micro region of Jequié-BA; and the specific objectives were characterize the organizational structure of the health system, identify the elements that contributed to the implementation of the SUS and to know the limits found in that process. Some considerations were made about public policies, the process of health policies in Brazil and the decentralization in health. The research strategy used was case study, because it is and empirical investigation that investigates a contemporary phenomenon in depth and in its real life context. We utilized as data collection techniques the semi structured interview, documental analysis and direct observation. The subjects of the study were managers and technical-managers of the SMS (municipal health office). It was conducted in two small-sized municipalities in the micro region of Jequié. In data analyze was used Bardin Analyzes of Content Technique. The empirical data showed the existence of a dependency of federal funding for the development of health initiatives and services, besides the difficulty in regards to user accessibility to the specialized services of average and high complexity. The nonexistence of Career Plans, Job Positions and Salaries contribute to the staff turnover in the several acting areas of the municipal health system. In terms of advancements there were identified, the systemized elaboration of basic managing tools, evaluation and planning practices and the managements knowledge regarding the local reality. For such reasons, there is need of a change of direction in municipal health policy in the case study municipalities, in regards to system management, as well as the reorganization of the healthcare, with the purpose of reducing the difficulties and limits identified and guarantee a quality assistance for the population.

**Keywords:** Management in health, public policies in health and SUS.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 01</b> - Características sócio-demográficas dos municípios, segundo as fontes IBGE e DATASUS. Bahia, 2011.	46
<b>Tabela 02</b> - Taxa de Mortalidade infantil por município estudado. Bahia, 2005 a 2009	49
<b>Tabela 03</b> - Aspectos político-institucionais por município estudado. Bahia, 2011.	51
<b>Tabela 04</b> - Proporção de recursos do tesouro municipal aplicados no setor saúde por município estudado. Bahia, 2005 a 2009.	58
<b>Tabela 05</b> - Aspectos organizacionais por município estudado. Bahia, 2011.	60

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 01</b> - Caracterização dos gestores municipais de saúde, Bahia, 2011.	41
<b>Quadro 02</b> - Caracterização dos coordenadores da Atenção Básica e Vigilância à Saúde, Bahia, 2011	42
<b>Quadro 03</b> - Caracterização dos técnicos autorizadores de regulação, Bahia, 2011.	44
<b>Quadro 04</b> - Caracterização dos responsáveis pela alimentação dos Sistemas de Informação, Bahia, 2011	45

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 01** - Organograma da Secretaria Municipal de Saúde do município 01.  
Bahia, 2011. 72
- Figura 02** - Organograma da Secretaria Municipal de Saúde do município 02.  
Bahia, 2011. 76

## LISTA DE SIGLAS

<b>AIS</b>	Ações Integradas de Saúde
<b>BPC</b>	Benefício de Prestação Continuada
<b>CAP</b>	Caixa de Aposentadoria e Pensão
<b>CMS</b>	Conselho Municipal de Saúde
<b>CNS</b>	Conferência Nacional de Saúde
<b>CONASEMS</b>	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
<b>CONASP</b>	Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
<b>CONASS</b>	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
<b>COSEMS</b>	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
<b>DNSP</b>	Departamento Nacional de Saúde Pública
<b>DIRES</b>	Diretoria Regional de Saúde
<b>EPS</b>	Educação Permanente em Saúde
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>IAP</b>	Instituto de Aposentadoria e Pensão
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>INPS</b>	Instituto Nacional de Previdência Social
<b>LOAS</b>	Lei Orgânica da Assistência Social
<b>LOS</b>	Lei Orgânica da Saúde
<b>LOSS</b>	Lei Orgânica da Seguridade Social
<b>MS</b>	Ministério de Saúde
<b>NOAS</b>	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
<b>NOB</b>	Norma Operacional Básica

<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana de Saúde
<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
<b>PCCS</b>	Plano de Carreiras, Cargos e Salários
<b>PDR</b>	Plano Diretor de Regionalização
<b>PEA</b>	População Economicamente Ativa
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>PNEPS</b>	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
<b>PMS</b>	Plano Municipal de Saúde
<b>PPI</b>	Programação Pactuada e Integrada
<b>PREV-SAÚDE</b>	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>RAG</b>	Relatório Anual de Gestão
<b>RSB</b>	Reforma Sanitária Brasileira
<b>SIAB</b>	Sistema de Informação da Atenção Básica
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SUDS</b>	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TMI</b>	Taxa de Mortalidade Infantil
<b>UESB</b>	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

# SUMÁRIO

<b>1 CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO</b>	<b>16</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>21</b>
2.1 CONSIDERAÇÕES PRÉVIAS SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS	22
2.2 UM POUCO DA HISTÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL	24
2.3 DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE	29
<b>3 CAMINHO METODOLÓGICO</b>	<b>35</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>40</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO	41
4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS	46
4.3 ASPECTOS POLÍTICO-INSTITUCIONAIS	51
4.4 ASPECTOS ORGANIZACIONAIS	60
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>79</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>82</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>88</b>
ANEXO A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	89
ANEXO B: Roteiro de entrevista para o Secretário Municipal de Saúde	90
ANEXO C: Roteiro de entrevista para o Coordenador da Atenção Básica	93
ANEXO D: Roteiro de entrevista para o Coordenador da Vigilância em Saúde	97
ANEXO E: Roteiro de entrevista para o Coordenador de Saúde Bucal	100
ANEXO F: Roteiro de entrevista para o Diretor do Hospital	102
ANEXO G: Roteiro de entrevista para o responsável pela marcação de exames especializados	104
ANEXO H: Roteiro de entrevista para o digitador	106
ANEXO I: Ofício CEP/UESB	107
ANEXO J: Roteiro de Análise Documental	108



## **1 CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO**

---

*Mas, pela graça de Deus sou o que sou.*

1 Coríntios 15.10a

A motivação e inquietação para estudar este tema iniciaram desde a conclusão da graduação do Curso de Enfermagem, onde naquele momento as Políticas Públicas de Saúde vinham sofrendo influência da Reforma Sanitária Brasileira e iniciava-se o processo de municipalização no país e mais de perto no município onde me encontrava sendo absorvida pelo mercado de trabalho. Neste contexto atuar como profissional de nível superior na 13ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES) em Jequié-BA, especificamente na condição de Supervisora dos Serviços de Saúde, momento em que acompanhei e monitorei alguns municípios de médio e pequeno porte na microrregião de responsabilidade desta diretoria.

Sendo assim, tive a oportunidade de vivenciar a implantação e construção do Sistema Único de Saúde (SUS), desde o seu início nos municípios desta regional. Mesmo reconhecendo que existem inúmeros desafios a serem enfrentados com relação à implementação do SUS e que ainda há várias lacunas a serem preenchidas, é possível efetivar esta política pública, tornando-a realidade em todo o território brasileiro, mesmo nos mais longínquos e pequeninos municípios de nosso país.

Vale ser ressaltado também minha vivência no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira; as Ações Integradas de Saúde (AIS); o surgimento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), precursor do SUS; passando pelo período de edição da primeira Norma Operacional Básica (NOB), em 1991 até o momento atual, onde está em vigor o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006). Durante este período, atuamos em diversas áreas da gestão, tanto em nível estadual quanto municipal, com destaque para a função de Instrutora/Supervisora do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e logo em seguida, como Coordenadora Regional e Municipal do PACS e Programa de Saúde da Família (PSF), no município de Jequié-BA.

Posteriormente, atuei no Departamento de Planejamento e logo em seguida na Assessoria de Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Jequié, compreendo sua estrutura organizacional, bem como a complexidade do sistema de saúde. Atualmente desenvolvemos nossas atividades profissionais no Núcleo Microrregional das Linhas de Cuidado e Educação Permanente para a Atenção Básica (NMRLC).

De 1996 até 2006 podemos participar de vários processos seletivos do PACS, tanto na região da 13<sup>a</sup> DIRES como em outras regiões de saúde da Bahia. Acompanhamos ainda, a implantação do PSF nos municípios pertencentes a 13<sup>a</sup> DIRES, desde a realização da territorialização até a seleção dos trabalhadores que iriam atuar nas equipes.

Cabe registrar que a autora desta investigação desde dezembro de 2001 passou a atuar enquanto docente da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, ministrando a disciplina Enfermagem em Saúde Coletiva III, na qual vem desenvolvendo atividades práticas nas áreas de abrangência das Unidades de Saúde da Família (USF) e, em momentos pontuais ministrou ainda as disciplinas Políticas Públicas de Saúde, nos cursos de enfermagem e fisioterapia; Epidemiologia I e II, no curso de enfermagem; Sistema de Saúde, no curso de Farmácia; Planejamento e Gestão e Gerenciamento em Enfermagem. A atuação nas diversas disciplinas por certo contribuiu muito para a construção e análise desta investigação.

Outro motivo que também contribuiu pela escolha deste objeto de pesquisa foi a nossa experiência a partir de 1999, como facilitadora do Treinamento Introdutório para Equipes de Saúde da Família no Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família, em parceria com o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB) e as Universidades Estaduais da Bahia (UESC, UESB, UEFS e UNEB), em nosso caso, em particular à Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

Durante o processo de capacitação em que atuávamos enquanto facilitadora do processo construção do conhecimento, seguíamos as atividades proposta pelo Manual do Treinamento Introdutório, que definia para a primeira etapa, dois turnos de discussões sobre Política de Saúde no Brasil. E no momento da segunda etapa, quando retornávamos aos municípios, podíamos observar o quanto trabalhar este conteúdo contribuía para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Relacionando esse contexto com as atividades docentes, surgiram as primeiras inquietações quanto à disciplina Enfermagem em Saúde Coletiva III, resultando em adequações no seu Plano de Curso durante estes dez anos de atuação, buscando que os

discentes pudessem articular a teoria com a prática, através da discussão dos conteúdos teórico-metodológicos subsidiados por reflexões do desenvolvimento da política de saúde no âmbito municipal.

Outra experiência marcante foi a de podermos acompanhar a implementação do SUS no município de Jequié, a sua habilitação na Gestão Plena da Atenção Básica em 1998, obedecendo às exigências da NOB 01/96, ficando assim responsável pela elaboração da programação municipal dos serviços básicos; gerência de unidades próprias; reorganização das unidades sob gestão pública, introduzindo a prática do cadastramento dos usuários do SUS, dentre outros, como também quando este assume uma nova e mais complexa responsabilidade ao conseguir a habilitação na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde em 21 de março de 2001, cumprindo as determinações contidas na NOAS 01/2002.

Além disso, atuando como integrante do Núcleo Microrregional das Linhas de Cuidado, enquanto facilitadora do Acolhimento Pedagógico, proposta que se soma ao processo de qualificação da Estratégia Saúde da Família (ESF) do Estado da Bahia, buscando receber os trabalhadores na Estratégia com a perspectiva da significação dos conceitos, pressupostos e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Básica a partir do cotidiano das equipes, nos inquietou ainda mais a estudar este tema.

Com a vivência em diversas áreas da Saúde Coletiva, e diante das dificuldades enfrentadas com relação à implantação das ações de regulação, controle, avaliação e auditoria numa SMS, evidenciamos que não havia uma estrutura organizacional instituída para dar conta de todas as responsabilidades e prerrogativas a um município habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde.

Na pesquisa ora realizada teve-se como inquietação principal e como objeto de estudo a avaliação dos aspectos da gestão em saúde com as seguintes questões norteadoras:

- Como ocorreu o processo de implementação do SUS em municípios de pequeno porte da microrregião de Jequié-BA?
- Quais os fatores que contribuíram para o processo de implementação do SUS em municípios de pequeno porte da microrregião de Jequié-BA?

- Quais os limites encontrados no processo de implementação do SUS em municípios de pequeno porte da microrregião de Jequié-BA?

Tais questões se traduziram nos seguintes objetivos:

**Geral:** Avaliar o processo de implementação do SUS em municípios de pequeno porte da microrregião de Jequié-BA.

**Específicos:**

- ↪ Caracterizar a estrutura organizacional do sistema de saúde em municípios de pequeno porte da microrregião de Jequié-BA;
- ↪ Identificar os fatores que contribuíram para a implementação do SUS em municípios de pequeno porte da microrregião de Jequié-BA;
- ↪ Conhecer os limites encontrados no processo de implementação do SUS em municípios de pequeno porte da microrregião de Jequié-BA.

Por meio da realização deste estudo, poderemos contribuir com a produção de conhecimentos, no sentido de superar alguns desafios nas práticas de Saúde Coletiva nos municípios estudados, assim como, contribuir para suscitar um novo olhar — singular e diferenciado — dos gestores e técnicos da área de saúde a respeito do processo de implementação do SUS, fornecendo-lhes subsídios para refletir sobre a organização do sistema de saúde no âmbito municipal, o que poderá proporcionar a reafirmação da importância da construção coletiva deste processo entre os atores do SUS que transcende o simples ‘fazer’.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

---

*Mas os que esperam no Senhor renovarão  
as suas forças e subirão com asas como  
águia; correrão e não se cansarão;  
caminharão e não se fatigarão.*

Isaias 40.31

## 2.1 CONSIDERAÇÕES PRÉVIAS SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS

Nos dias atuais os conceitos de Políticas Públicas na maioria das vezes se encontram vinculados a alguma instituição emanada do poder público (Prefeituras, Secretarias, Ministérios), podendo ser geradas através de algum órgão governamental, porém, nada impede que organizações não governamentais ou institutos privados possam promovê-las. Assim, Lucchesse (2004), considera que o acompanhamento dos processos pelos quais as políticas públicas são implementadas e a avaliação de seu impacto sobre a situação existente deve ser permanente, por se materializarem através da ação concreta de sujeitos sociais e de atividades institucionais que as realizam em cada contexto e condicionam seus resultados.

Lucchese (2004) define as políticas públicas como o conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem *a orientação política do Estado* e regulam as *atividades governamentais* relacionadas às tarefas de *interesse público*, atuando e influenciando sobre a realidade econômica, social e ambiental. Variam de acordo com o grau de diversificação da economia, com a natureza do regime social, com a visão que os governantes têm do papel do Estado no conjunto da sociedade, e com o nível de atuação dos diferentes grupos sociais (partidos, sindicatos, associações de classe e outras formas de organização da sociedade).

As políticas públicas traduzem, no seu processo de elaboração e implantação e, sobretudo, em seus resultados, formas de exercício do poder político, envolvendo a distribuição e redistribuição de poder, o papel do conflito social nos processos de decisão, a repartição de custos e benefícios sociais. Como o poder é uma relação social que envolve vários atores com projetos e interesses diferenciados e até contraditórios, há necessidade de mediações sociais e institucionais, para que se possa obter um mínimo de consenso e, assim, as políticas públicas possam ser legitimadas e obter eficácia (TEIXEIRA, 2002).

Elaborar uma política pública significa definir *quem decide o quê, quando*, com que *consequências* e *para quem*. São definições relacionadas com a natureza do regime político em que se vive, com o grau de organização da sociedade civil e com a

cultura política vigente. Nesse sentido, nem sempre “políticas governamentais” são públicas, embora sejam estatais. Para serem públicas, é preciso considerar a quem se destinam os resultados ou benefícios, e se o seu processo de elaboração é submetido ao debate público (TEIXEIRA, 2002).

Políticas públicas são diferentes das políticas sociais e governamentais, não só pelo fato de não emanarem apenas de propostas do poder público, mas também, pelo fato de exercer o direito a cidadania por parte dos sujeitos envolvidos no processo, utilizando-se para tanto, a democracia e a participação como meio de interferência sobre o poder do Estado (PALMEIRA; LECHNER, 1996).

Ao contrário de como pensa o senso comum, as políticas públicas, que poderiam apenas ser formuladas pelo poder público ou concebidas pelo setor governamental, são políticas abertas à comunidade, tendo como característica principal a forte participação dos sujeitos na formulação das propostas que visam à melhoria de sua qualidade de vida. Em sua natureza e conteúdo, se originam do esforço de amplos setores da população que lutam pela melhoria de suas condições de vida, exercendo assim, seu poder de participação política, ou seja, a democracia (PALMEIRA; LECHNER, 1996).

É importante considerar alguns tipos de políticas, para que se possa definir o tipo de atuação que se pode ter frente a sua formulação e implementação. Conforme Teixeira (2002), vários critérios podem ser utilizados, tais como:

- Quanto à natureza ou grau da intervenção, podendo ser estrutural (voltadas para a renda e emprego) ou conjuntural (voltadas para uma situação temporária ou emergencial);
- Quanto à abrangência dos possíveis benefícios, podendo ser universais (para todos os cidadãos), segmentais (para um segmento da população por um fator determinante como idade, condição física ou gênero), fragmentadas (voltadas a grupos sociais dentro de cada segmento da sociedade), ou ainda,
- Quanto aos impactos que podem causar aos beneficiários, ou ao seu papel nas relações sociais, podendo ser distributivas (voltadas para a distribuição de benefícios individuais), redistributivas (voltadas a adequar a distribuição de benefícios entre grupos sociais), regulatórias (voltadas à definição de



regras e procedimentos que regulem comportamento dos atores para atender interesses gerais da sociedade).

Entende-se como *política* uma dada distribuição do poder no Estado, na sociedade e instituições. Mais que princípios, diretrizes e planos de ação, as políticas de saúde têm a ver com a distribuição dos poderes técnico (informações), administrativo (recursos) e político (mobilização), no âmbito setorial, e com as formas de apropriação e exercício dos poderes político (força), econômico (riqueza), ideológico (saber) e simbólico (representações) no âmbito societário. Desde que não se confunda o público com o estatal, uma *política pública em saúde* corresponde às respostas sociais – via Estado, empresas, o chamado “terceiro setor” e comunidade – face às condições de saúde e dos seus determinantes, bem como diante da produção, distribuição e regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde das pessoas e das populações (PAIM, 2003).

## 2.2 UM POUCO DA HISTÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL

No final do século XIX, o Estado brasileiro não possuía uma forma de atuação sistemática sobre a saúde da população, atuavam pontualmente em situações de epidemia. Naquele momento, a economia brasileira era essencialmente agrícola, cujo modelo vigente era agroexportador assentado na economia cafeeira. Sendo assim, o foco da atenção do governo brasileiro era o saneamento dos espaços de circulação de mercadoria e a erradicação ou controle de algumas doenças que poderiam prejudicar a exportação.

Nesse contexto, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em 1923, marco inicial da atuação do governo federal na saúde, para atender interesses do estado. No mesmo ano, foi criado através da Lei Elói Chaves, o embrião do que hoje conhecemos como previdência social e saúde previdenciária: as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Estas eram organizadas por empresas, mantidas e geridas pelos patrões e empregados. A lógica de seu surgimento partiu do pressuposto de que as empresas eram estratégicas para a economia nacional fundarem suas caixas,

que funcionavam como uma espécie de seguro social para garantir certos benefícios como a aposentadoria e, principalmente a assistência médica, apenas aos que pagavam tal contribuição (RONCALLI, 2003).

Entretanto, com a extinção das CAPs, são criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), onde passa a haver a participação do Estado, através de uma contribuição tripartite, ou seja, patrões, empregados e o Estado. Os IAPs passam a se organizar por categorias e o primeiro a surgir é o dos marítimos em 1933, seguido dos comerciários e dos bancários em 1934. Enquanto as CAPs privilegiavam a assistência médica como um dos principais benefícios, os IAPs, já com a participação do governo e, portanto, com uma política mais contencionista, privilegiam a previdência social, mantendo a assistência médica num segundo plano.

Em meados dos anos 60, a Medicina Previdenciária, torna-se cada vez mais importante para o Estado, conquistando espaço e assumindo sua predominância, época em que ocorre a unificação de todos os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) numa única instituição estatal: o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Tal fato contribuiu para a ampliação do modelo brasileiro de seguro social e de prestação de serviços médicos. Porém, o direito a assistência à saúde era uma prerrogativa dos trabalhadores que tinham carteira assinada ou que contribuía com a previdência.

Além de excludente, este modelo de prestação de serviços era extremamente perverso, pois as características de sua prática não guardavam nenhum compromisso com a melhoria dos níveis de saúde da população. Era um tipo de serviço que, pelo fato de ser uma produção privada de serviços, paga pelo Estado através da Previdência, criava um estímulo à corrupção. Os famosos escândalos da Previdência Social estiveram em evidência na década de 70, onde hospitais faturavam por procedimentos que não eram realizados.

A partir do início dos anos 80, com a abertura política, os movimentos em defesa de uma política de saúde mais abrangente e disponível para todos vão se estruturando, a partir de discussões acadêmicas sobre as políticas de saúde e da reestruturação das organizações de trabalhadores da saúde, fortalecendo o Movimento Sanitário Brasileiro, que teve uma atuação marcante nos destinos do sistema de saúde.

De acordo com Magalhães (2006) a capacidade do Estado em assumir os serviços de saúde, no âmbito da saúde pública, hospitalar e ambulatorial foi determinada a partir de alternativas que encontraram algumas limitações, a exemplo da proposta de implantação de estratégias importantes no processo de descentralização da saúde, das quais destacam-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS (1976), o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – PREV-SAÚDE (1980), que na prática nunca deixou de ser uma teoria, e foi seguido pelo Plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária – CONASP (1982). Este último foi determinante na implantação das políticas das Ações Integradas de Saúde – AIS (1983) e do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS (1987), a primeira aproximação estratégica para Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerada como um divisor de águas no Movimento Sanitário, a VIII Conferência Nacional de Saúde, constituiu o maior fórum de debates sobre a situação de saúde do país e seu relatório serviu de base para a proposta de reestruturação do sistema de saúde brasileiro. Entre as propostas elencadas no relatório, constam os conceitos ampliados de saúde, onde esta é entendida como resultante das condições de vida, alimentação, lazer, acesso e posse da terra, transporte, emprego, moradia. Além disso, a saúde é colocada como direito de todos e dever do Estado.

A implantação do SUS, após seu surgimento na Constituição Federal (CF) de 1988 e sua regulamentação nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8080/90 e nº 8142/90, passou por diversas fases. Contudo, todas as tentativas de organizar o sistema foram pautadas pelo *financiamento federal*, grifo meu, e não pelas necessidades de saúde da população. Assim, evidenciamos que a sua organização foi muito mais centrada no financiamento do que nos ditames das leis que o regulamentam, os resultados pretendidos ou as necessidades do sistema (SANTOS; ANDRADE, 2007).

Com a aprovação da nova CF, inicia-se a concretização das propostas da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e a implementação do Sistema Único de Saúde, o SUS. Na referida Constituição, foi incluída, pela primeira vez, uma seção sobre a Saúde, incorporando os conceitos e propostas do Relatório da VIII Conferência, ou seja, a Constituição incorporou as propostas da Reforma Sanitária.

Paim (2007) destaca que o estudo sobre a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) não se resume ao movimento sanitário. Supõe analisá-la como proposta, projeto e processo de reforma social e, como tal, requer uma análise do desenvolvimento da formação social brasileira e de conjunturas específicas, tendo como referência os conceitos gramscianos de revolução passiva e transformismo. Há, portanto, que identificar os diferentes graus de relações de forças - quer sociais - estreitamente ligada à estrutura, objetiva, independente da vontade dos homens - quer políticas -, de acordo com a avaliação do grau de homogeneidade de autoconsciência e de organização alcançada pelos vários grupos sociais.

A regulamentação do SUS se deu através das Leis Orgânicas da Saúde (8.080 e 8.142), aprovadas em 1990, depois de muita negociação do Ministério da Saúde com o movimento da Reforma Sanitária. Mesmo após a aprovação das referidas leis, houve muita dificuldade de implantação do SUS, com resistências claras do Ministério da Saúde ao processo de descentralização, ao repasse automático de recursos para os Estados e Municípios.

Como um desdobramento da IX Conferência Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde passou então a utilizar as Normas Operacionais Básicas como instrumento jurídico pelo qual são definidas as regras de organização da gestão e do financiamento do SUS. Duas NOB's são particularmente importantes para a compreensão das regras formais de operação do SUS, a saber:

- **Norma Operacional Básica 01/93:** estabeleceu distintas modalidades de habilitação municipal e estadual; estabeleceu mecanismos de gestão pluri-institucional com a criação das Comissões Intergestores bipartite e tripartite, que consolidou o cenário da negociação entre os três níveis de governo.

- **Norma Operacional Básica 01/96:** implantou o Piso da Atenção Básica; definiu as responsabilidades, prerrogativas e requisitos das condições de gestão para estados e municípios; promoveu a reorganização do modelo de atenção adotando como principal estratégia a ampliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e Programa de Saúde da Família - PSF.

Durante o período de vigência das NOB's, podemos registrar que os Estados passaram a enfrentar dificuldades em atender às demandas dos municípios, face à

incoerência entre as estruturas administrativas e métodos de trabalho existentes para o enfrentamento de novos objetivos colocados pelo avanço do processo de descentralização.

Além disso, segundo Viana e Machado (2009) a implementação do SUS revela esforços de fortalecer uma política de caráter nacional em um cenário federativo e democrático, expressos na configuração institucional do sistema e na regulação da descentralização.

Diante dos impasses da gestão do sistema de saúde, o Ministério da Saúde publicou a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS) 01/01, que utiliza como base a macroestratégia de regionalização, visando garantir o acesso de todos os cidadãos brasileiros as ações e serviços de saúde; criou mecanismos para fortalecimento da capacidade de gestão no SUS reiterando a condução Programação Pactuada e Integrada (PPI) e procedeu à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

Dando continuidade ao processo de descentralização e organização do SUS, foi publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02 que ampliou as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabeleceu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; também criou mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão no SUS e procedeu à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Entretanto, os aspectos referentes ao financiamento não foram contemplados neste instrumento jurídico, sendo os recursos financeiros transferidos conforme prerrogativas da NOB 01/96.

Visando a consolidação do SUS, foi publicado o Pacto pela Saúde, sendo o mesmo um conjunto de reformas institucional pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, para alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS. Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (BRASIL, 2006a).

O Pacto pela Saúde possui três dimensões, a saber:

➤ Pacto pela Vida ⇨ Constituído por um conjunto de compromissos sanitários, que deverão expressar prioridades dos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um.

➤ Pacto em Defesa do SUS ⇨ Reafirmação da fidelidade de todos com o sistema público que garanta a equidade e o acesso universal e a demonstração de que os recursos financeiros existentes são insuficientes para a materialização dos princípios constitucionais.

➤ Pacto de Gestão ⇨ Deverá estabelecer as responsabilidades claras de cada ente federativo de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais evidente quem deve fazer o quê, contribuindo com o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária no SUS.

Um dos avanços significativos com a publicação do Pacto pela Saúde esta relacionado às formas de transferência dos recursos federais para os estados e municípios, que foram modificadas, passando a ser através de cinco blocos de financiamento: Atenção Básica, Assistência da Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS, em substituição das inúmeras “caixinhas” anteriormente utilizadas para essa finalidade.

Paim e Almeida Filho (2000) destacam que, as condições políticas, sociais, econômicas, culturais e até geográfico-ambientais para desenvolver o processo de municipalização foram e ainda são muito favoráveis (ou absolutamente desfavoráveis) a depender das estratégias e dos critérios para sua operacionalização, portanto, podemos inferir que tratar sobre a implementação do SUS em municípios de pequeno porte na Bahia como objeto de investigação pressupõe desvelar os modos pelos quais ocorrem as conexões entre a formulação de diretrizes políticas e sua operacionalização nos serviços de saúde.

### 2.3 DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE

O Brasil é um país complexo, com dimensão geográfica continental e marcada por uma estrutura econômico-social bastante heterogênea, com grandes diferenças

regionais e distribuição profundamente desigual de serviços e de profissionais de saúde. Tal quadro aponta a importância da descentralização das políticas públicas, inclusive na área de saúde, considerado um sistema federativo especial, em que os municípios são entes federados, dotados de autonomia política, administrativa e financeira, com um papel de protagonista da gestão do sistema de saúde em seu território, definido constitucionalmente (SOLLA, 2006).

A descentralização tem sido um elemento importante na construção de novas práticas de saúde. Tendo seu ideário construído a partir do movimento internacional, do final da década de 70, conhecido como Movimento de Atenção Primária, que teve como pressuposto o conceito de universalidade do acesso (SÓTER, 2009).

Conrandiopoulos (2005) considera que a descentralização é um processo que procura criar e redistribuir espaços de decisão e capacidades estratégicas entre vários níveis de intervenção num sistema de saúde, tendo como consequência a multiplicação dos centros de decisão e de ação. Poder-se-ia caracterizar um sistema mais descentralizado por uma multiplicidade de pontos ou centros de decisão. Um sistema de saúde descentralizado é diferente de um sistema totalmente integrado a uma autoridade hierárquica central. Assim, as políticas de descentralização almejam uma modificação das interações entre atores, permitindo confinar os atores em redes de tamanho menor, criar redes em escala de manejo mais fácil acompanhada da criação de níveis de governança intermediários que controlam essas mesmas redes.

A CF de 1988 consagrou a descentralização com comando único em cada esfera de governo e na prática, esta tem se constituído em um dos principais componentes do processo da reforma sanitária, cujas diretrizes foram aprovadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (PAIM, 2006).

A descentralização se deu de maneira acentuada na década de noventa, o que ocasionou redistribuição de responsabilidades gestoras entre os três níveis de governo — Federal, Estadual e Municipal —, a qual está expressa em toda a legislação complementar do SUS, particularmente instrumentalizada com as edições das Normas Operacionais Básicas (NOB/SUS 01/93 e 01/96), e que acabou induzindo, com grande ênfase, o processo de municipalização da saúde sem, contudo, dar conta de outras

mudanças também necessárias, no que se refere às novas atribuições de cada nível de governo (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

No Brasil, a descentralização tem-se constituído em um dos principais componentes do processo de RSB, cujas diretrizes foram aprovadas na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 (PAIM, 2003). Tendo em vista as dimensões do Brasil, bem como a complexidade do processo de descentralização envolvendo os três níveis de governo, necessário se faz a realização de novas investigações, visando suprir as lacunas existentes e que contribuam para a identificação de estratégias que permitam à comparabilidade, além de referenciais teóricos que possam subsidiar a formulação de hipóteses para explicar as diferenças encontradas, principalmente às relacionadas com a organização da atenção. Sendo assim, para se compreender as repercussões do processo de descentralização acerca da reorganização da atenção à saúde, urge a necessidade da realização de investigações através de enfoques diferenciados, com vistas a captar a complexidade do objeto a partir de diferentes ângulos (VIEIRA-DA-SILVA, 1999).

Viana e Machado (2009) destacam que o ritmo e a intensidade da descentralização em saúde da esfera federal para estados e municípios no Brasil variaram segundo quatro dimensões, representadas pela transferência de: serviços e servidores públicos; responsabilidades e atribuições; recursos financeiros; poder sobre a política de saúde. Este ritmo também diferiu entre os campos da política (assistência ou vigilância epidemiológica e sanitária) e entre às estratégias, critérios e “esfera-alvo” do processo de descentralização (municípios ou estados).

Até a metade da década de noventa, o processo de descentralização reflete os embates dos anos oitenta contra a centralização do período autoritário. Entretanto, no caso da saúde, por conta da existência do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), essa influência se prolonga até hoje. A oposição do movimento municipalista à centralização de recursos e a um papel federal forte na regulação afetou as concepções da descentralização da saúde, principalmente até meados dos anos noventa. De 1990 a 2002, ocorreu um processo de descentralização político-administrativa na saúde sem precedentes, sob regulação do MS. As características da descentralização nos vários momentos tanto condicionaram como



foram condicionadas pela dinâmica de reconfiguração do papel federal no período. As lacunas de atuação federal na coordenação federativa, relacionadas a questões mais gerais da atuação do Estado e às diferentes agendas de reforma em curso, delimitaram as possibilidades da descentralização em saúde (VIANA; MACHADO, 2009).

Trevisan e Junqueira (2007) consideram que a descentralização da gestão de saúde sofreu uma solução de continuidade com a edição da NOAS/SUS-01/2001, confirmando plenamente a observação de que o SUS foi “esculpido a golpes de portaria”, pois a NOAS/SUS/01 tinha como objetivo ampliar as responsabilidades dos municípios na atenção básica, mas, efetivamente, aumenta as responsabilidades (e o poder!) das Secretarias Estaduais de Saúde na gestão do SUS no que diz respeito aos subsistemas de pré-pagamento. Além disso, a forma de regionalização colocada nesta norma acaba reduzindo a autonomia municipal na gestão de saúde.

Na construção do SUS ocorreu um processo de normatização muito intenso. Partiu de um período em que os municípios não tinham qualquer participação e os estados uma participação muito limitada na gestão da saúde, para o cenário atual em que o processo de descentralização tem transferido responsabilidades, prerrogativas e recursos do nível federal para os governos estaduais e municipais (COLLINS; ARAÚJO; BARBOSA, 2000).

O Pacto pela Saúde editado em 2006 representa um esforço para a definição mais precisa quanto às responsabilidades sanitárias de cada esfera de governo do SUS, buscando reduzir as competências concorrentes entre os entes federados. Além de pretender aumentar a autonomia dos Estados e municípios na alocação dos recursos financeiros, mas com maior controle de sua utilização pelo governo federal (VILASBÔAS, 2006).

Diante das fragilidades para a consolidação do SUS, faz-se necessário a ampliação do debate sobre o ‘Pacto pela Saúde’ e a repolitização do SUS, pois, para que o Pacto avance deverá haver uma maior socialização de informações sobre o mesmo, bem como uma efetiva coparticipação dos Estados, por meio dos Conselhos dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). Estes veem assumindo a coordenação do processo, dando ênfase na implantação da regionalização e dos

colegiados de gestão regional, bem como na assinatura do Termo de Compromisso de Gestão Municipal (TCGM) (BRASIL, 2007a).

Estratégias desenvolvidas pelos municípios, estados e União para a implantação do Pacto pela Saúde: regionalização, colegiados, financiamento, PPI, gestão e Termo de Compromisso de Gestão (TCG). Tomando a regionalização como o eixo que deverá orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores (BRASIL, 2007a).

Durante este período de vinte e três anos de SUS, o processo de descentralização dos serviços de saúde no Brasil teve um avanço considerável, e as diversas experiências inovadoras de descentralização da saúde por certo contribuíram para a elaboração de políticas de saúde a nível nacional.

Outra questão é a falta de parceria entre Estados e municípios na construção da PPI, criada para redistribuir os recursos financeiros da saúde dentro do Estado, e a definição é simplesmente cumprir a lei. De acordo com levantamento realizado, na maioria dos Estados não existe processo de revisão da PPI, determinando baixos parâmetros desta programação (BRASIL, 2007d).

O conjunto de dificuldades operacionais para efetiva descentralização da saúde acelera a demanda por um “pacto de gestão”. Apesar das arestas de resistência que ainda persistem no sistema, a responsabilidade pela qualidade de vida da população precisa ser compartilhada pelas distintas esferas de governo. Não podemos esquecer de que pacto significa negociação entre iguais, respeitada a autonomia, visando objetivo integrador de responsabilidade sanitária, não é mercado de serviços, nem tão pouco mera relação de compra e venda que obedece à lei da oferta e da procura. O Pacto de Gestão pressupõe outro quadro de utilização de recursos, de processos e de ordenamento de fluxo no atendimento da demanda, exigindo articulação intersetorial, com ativa participação da população, devendo ter múltipla perspectiva de tempo, aceitando a curta, média ou longa duração. Além disso, a construção do pacto de gestão poderá dar outra operacionalidade ao SUS, não é “remédio milagroso”, nem terá o poder de superar as dificuldades operacionais da rede, mas, poderá assimilar outra forma de superação das dificuldades das ações em rede do SUS (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007).

O SUS é único para todo o território brasileiro, devendo-se assegurar o direito ao acesso ao sistema de saúde para toda a população. Entretanto, nossa experiência profissional, demonstra que esta não se realiza da mesma forma em todos os lugares, devido às diferenças territoriais e heterogeneidades presentes no país. Sendo assim, a regionalização, como principal estratégia da descentralização, precisa ser um processo político que trabalhe com a diversidade do próprio SUS e a sua relação com as desigualdades do território brasileiro, tornando dessa forma, o processo de regionalização complexo do ponto de vista analítico, institucional e político.

Solla (2006) enfatiza que os avanços obtidos no processo de descentralização do SUS não devem ser atribuídos exclusivamente a um dos níveis de gestão do sistema, pois são resultado de uma somatória de esforços e de um processo decisório que soube construir pactuações entre os três níveis de gestão. Ressalta também, que muitas das políticas, hoje assumidas como prioritárias pelo MS, decorreram de iniciativas inovadoras locais, que foram progressivamente se multiplicando, ao ponto de criarem referência para a construção de uma política nacional, tais como a Estratégia de Saúde da Família, o SAMU e o processo de contratualização da rede hospitalar do SUS.

Um aspecto a ser ressaltado é que, embora o processo de descentralização no setor saúde apresenta diversas vantagens, nos âmbitos administrativo, político e econômico, ele não é um fim em si mesmo, nem tampouco temos a garantia de que todas as gestões descentralizadas irão assegurar a sua realização. Pelo contrário, muitas delas irão desempenhar um exercício da gestão do sistema de saúde com características semelhantes ao observado pela gestão anteriormente centralizada de cunho político conservador. No entanto é evidente que um sistema de saúde descentralizado, com um processo eficiente de transferência de recursos e autoridade às instâncias subnacionais (estados e municípios, no caso brasileiro), gera maiores possibilidades de impactos positivos na gestão e na atenção à saúde (SOLLA, 2006).

### **3 CAMINHO METODOLÓGICO**

---

*Porque o Senhor dá a sabedoria, e da sua boca  
vem o conhecimento e o entendimento.*

Provérbios 2.6

Foi realizado um estudo de caso, caracterizado como uma investigação empírica que indaga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes. Diante dessas características, este método de pesquisa é comum na psicologia, sociologia, ciência política, antropologia, assistência social, administração, educação, enfermagem e planejamento comunitário. Pode ser utilizado através de uma mistura de evidência quantitativa e tem um lugar diferenciado na pesquisa de avaliação (YIN, 2010).

A escolha dos municípios estudados foi intencional visto que este estudo faz parte de um projeto de pesquisa maior do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, intitulado “A Organização do Processo de Trabalho e da Assistência à Saúde nos Municípios de Pequeno Porte da 13ª Diretoria Regional de Saúde do Estado da Bahia” vinculado ao Projeto de Pesquisa Prioritária para o SUS (PP SUS), financiado pelo Ministério da Saúde, e que tem por objetivo traçar o perfil de dez municípios de pequeno porte da 13ª Diretoria Regional de Saúde do Estado da Bahia com relação à gestão do trabalho na perspectiva de fortalecer os Sistemas locoregionais.

O trabalho de campo foi desenvolvido no período de março a agosto de 2011. Previamente a realização da coleta de dados, os sujeitos da pesquisa foram devidamente esclarecidos sobre o sigilo e anonimato das informações dadas, bem como do seu direito de pedir a qualquer instante para deixar de fazer parte da pesquisa. Foi realizada inicialmente para cada um dos sujeitos da pesquisa a leitura cuidadosa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguida de sua assinatura (ANEXO A), respeitando a Resolução de nº. 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Não houve nenhuma recusa dos sujeitos do estudo para participar do estudo.

Neste estudo foram utilizadas três técnicas de coleta de dados: entrevista semi-estruturada, análise documental e observação direta.

A entrevista semi-estruturada é uma fonte de expressão das idéias e dos valores dos sujeitos da pesquisa, sendo através da comunicação orientada que o pesquisador pode captar a subjetividade do entrevistado, bem como outras informações mais profundas do objeto a ser investigado. Ao mesmo tempo, concede voz ativa aos

sujeitos para se expressarem sobre a temática em questão, oferecendo dessa maneira um significado particular à sua atividade, e, por conseguinte, produzindo um novo conhecimento de mundo. Além de combinar perguntas abertas e fechadas, possibilitando ao entrevistado discorrer sobre o tema sem se prender a indagação formulada (MINAYO, 2008).

As entrevistas foram realizadas utilizando-se os instrumentos de coleta de dados elaborados para o projeto PP SUS (ANEXOS B, C, D, E, F, G e H), sendo que destas foram exploradas as questões relacionadas a gestão em saúde, o que permitiu detalhar os temas de interesse. A duração das entrevistas variou entre 15 e 30 minutos, sendo todas gravadas e, posteriormente, transcritas pela investigadora. As entrevistas foram previamente agendadas e ocorreram na sede da SMS dos municípios estudados, nos próprios setores onde cada entrevistado atua.

A segunda técnica de coleta de dados utilizada foi à análise documental (ANEXO J), que é classificada como uma fonte secundária de obtenção de dados. Esta técnica é a tentativa de evidenciar as relações existentes entre o fenômeno estudado e os outros fatores que estão sendo estudados. Na análise documental o pesquisador procura estabelecer as relações necessárias entre os dados obtidos e as hipóteses formuladas (LAKATOS, 2003). Para este estudo foram analisados os documentos relacionados ao processo de organização do sistema municipal de saúde, sendo eles: o Plano Municipal de Saúde 2010-2013, os Relatórios de Gestão Municipal do ano de 2010, as Programações Anuais de Saúde do ano de 2010, o Livro Ata do Conselho Municipal de Saúde, o Relatório da Conferência Municipal de Saúde 2011 e ainda as informações dos municípios disponibilizadas nos sites do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde do Estado da Bahia.

Para proceder à análise documental os documentos foram reunidos, em seguida realizou-se leitura e fichamento das partes consideradas essenciais para atender aos objetivos deste trabalho.

A última técnica de coleta utilizada foi à observação direta, sendo esta classificada como uma fonte primária de coleta de dados. Ela foi realizada no ambiente natural do “caso”, presumindo que os fenômenos de interesse não tenham sido

puramente históricos, tornando alguns comportamentos relevantes ou condições ambientais disponíveis para a observação (YIN, 2010).

As observações variaram das atividades de coletas de dados formais e informais. Formalmente, através dos instrumentos observacionais elaborados para o projeto de pesquisa PP SUS. As menos informais foram obtidas durante as observações diretas, durante as visitas de campo. Elas foram realizadas durante as visitas para a coleta de dados nos municípios “casos”, durante as Conferências Municipais de Saúde, vez que a investigadora participou como conferencista no município 02; em encontros com gestores e técnicos da gestão durante a realização das entrevistas. Essa atividade foi complementada pelo registro sistemático das informações e impressões do pesquisador durante as visitas aos municípios.

Previamente a realização da coleta de dados os gestores municipais foram devidamente informados sobre os métodos que seriam utilizados pelo estudo, e concordaram com o seu uso.

As impressões obtidas em campo, ao término da visita ao município, foram anotadas em um diário de campo, e posteriormente foram digitadas.

Todos os dados obtidos por meio das entrevistas, análise documental e observação direta, foram organizados pela pesquisadora para que a mesma pudesse realizar a triangulação destes durante a análise do material obtido pela pesquisadora neste estudo.

A análise dos dados qualitativos pautou-se na Técnica de Análise Temática de Conteúdo de Bardin (2009) seguindo as etapas propostas pela autora: leitura flutuante das entrevistas, em seguida retirada as unidades de fala conseqüentemente a construção do *corpus* de onde emergiram as categorias analisadas nos resultados desta pesquisa. Os dados quantitativos foram analisados no programa Excel for Windows, tendo sido calculados frequências absolutas, percentuais, medidas de tendência central e indicadores de saúde.

Na apresentação dos resultados da pesquisa, os participantes não foram citados pelo nome e sim pelo cargo/função que exerciam seguido pela numeração dos municípios. Os entrevistados também foram divididos por grupos a que pertencem, para não possibilitar a sua identificação. Assim, eles foram classificados em sete

grupos: Secretário Municipal de Saúde (SMS), Coordenador da Atenção Básica (CAB), Coordenador de Vigilância à Saúde (CVS), Coordenador de Saúde Bucal (CSB), Diretor do Hospital (DH), Técnico autorizador de regulação (TAR) e Responsável pela alimentação dos Sistemas de Informação (RASI).

Para apresentar os resultados obtidos por este estudo optou-se por categorizá-los nos seguintes temas:

1. Caracterização dos sujeitos - estabeleceu o perfil dos gestores e técnicos/gestores responsáveis pela condução do sistema municipal de saúde.
2. Caracterização dos municípios – compreendeu a análise das características sócio-demográficas e indicadores sociais.
3. Aspectos político-institucionais – se relaciona à continuidade administrativa, transferência de recursos, formas de administração, desprecarização do trabalho e Política de Educação Permanente em Saúde.
4. Aspectos organizacionais – diz respeito à configuração da rede, oferta de serviços e ações de saúde, instrumentos de gestão em saúde, práticas de planejamento e avaliação em saúde e gestão do trabalho.

O projeto de pesquisa que originou este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), tendo sido aprovado sob o número de protocolo 080/2009, conforme Ofício CEP/UESB 265/2009, em 04 de setembro de 2009 (ANEXO I).



## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

---

*Pois será como a árvore plantada junto a ribeiros de águas, a qual dá o seu fruto na estação própria, e cujas folhas não caem, e tudo quanto fizer prosperará.*

Salmos 1.3

Neste estudo, propomos a avaliação dos aspectos da gestão em saúde em dois municípios de pequeno porte da microrregião de Jequié - Bahia. Os resultados foram apresentados em quatro blocos: o primeiro caracteriza os sujeitos do estudo, o segundo caracteriza os municípios-caso e os dois seguintes trazem a análise dos aspectos político-institucionais e organizacionais.

#### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO

A partir dos dados das entrevistas estabelecemos o perfil dos trabalhadores do setor saúde responsáveis pela coordenação dos departamentos da Secretaria de Saúde dos dois municípios-caso. A partir dos resultados encontrados foi possível identificar a existência de semelhança entre o perfil dos profissionais que atuam na Secretaria de Saúde dos municípios pesquisados.

- **Gestores Municipais de Saúde**

**Quadro 01** – Caracterização dos gestores municipais de saúde, Bahia, 2011.

CATEGORIAS	MUNICÍPIO 01	MUNICÍPIO 02
Gênero	Feminino	Masculino
Residem no município	Sim	Sim
Experiência prévia na gestão	Sim	Sim
Formação	Superior Completo	Superior Incompleto
Pós-graduação	Sim	Não

O gestor do município 01 é do gênero feminino e o do município 02 do gênero masculino, possuem domicílio na cidade onde atuam e tiveram experiência prévia em gestão pública.

A Secretária de Saúde do município 01 já havia ocupado o mesmo cargo no município em outra gestão, tendo ainda atuado como Diretora do Departamento de Assistência à Saúde em um município de médio porte da mesma microrregião. O Secretário de Saúde do município 02 também possuiu experiência na gestão da saúde uma vez que ocupou este cargo em outro município da microrregião.

A média de idade destes profissionais foi de 43,0 anos (DP±4,2), sendo que a gestora do município 01 é graduada em enfermagem, possui pós-graduação *Lato Sensu* em Saúde Pública, Saúde da Família e Urgência e Emergência. O gestor do município 02 está concluindo o curso de graduação em Administração.

Vale ressaltar que nos municípios pesquisados os gestores possuem vínculo empregatício temporário com o município onde estes possuem cargos através de nomeação pelo gestor local.

- **Coordenadores da Atenção Básica, Vigilância à Saúde e Saúde Bucal**

**Quadro 02** – Caracterização dos coordenadores da Atenção Básica e Vigilância à Saúde, Bahia, 2011.

CATEGORIAS	MUNICÍPIO 01	MUNICÍPIO 02
Gênero	Feminino	Feminino
Tempo no cargo	< 1 ano	< 1 ano
Experiência prévia na gestão	Não	Não
Formação	Superior Completo	Superior Completo
Pós-graduação	Sim	Em conclusão

Nos municípios pesquisados, as coordenações da Atenção Básica, Vigilância à Saúde e Saúde Bucal são ocupadas por indivíduos do gênero feminino. No município 01, duas enfermeiras respondem respectivamente pela coordenação da Atenção Básica e da Vigilância, sendo que a coordenadora da Atenção Básica não reside no município e ambas foram nomeadas para o cargo. Enquanto no município 02, uma mesma

enfermeira é responsável pela coordenação da Atenção Básica e da Vigilância à Saúde, sendo ela residente no município e foi nomeada para ocupar os cargos.

A média de idade das coordenadoras da Atenção Básica foi de 30,5 anos (DP±0,7) e das de Vigilância à Saúde 28,0 anos (DP±4,2). Com relação ao tempo em que atuam no cargo, tanto as coordenadoras da Atenção Básica como para a Vigilância à Saúde, desenvolvem esta atividade a menos de um ano, e não possuíam experiência prévia na gestão.

As coordenadoras da Atenção Básica e de Vigilância à Saúde do município 01 possuem pós-graduação *Lato Sensu* em Urgência e Emergência, já a coordenadora da Atenção Básica do município 02 está cursando pós-graduação *Lato Sensu* em Obstetrícia.

Somente o município 01 possui coordenação de Saúde Bucal, sendo ela ocupada por uma cirurgiã dentista, com idade de 30 anos. Vale ressaltar, que esta profissional ocupa o cargo há menos de um ano, não possui residência no município e o seu vínculo trabalhista com o município é mediante contrato.

Observa-se que o gênero feminino predomina nos cargos citados e com isto confirma-se o que, autores da pós-modernidade pregam, a cada dia a mulher ocupa cargos de relevância nas estruturas do poder e nos serviços sendo protagonista de sua história. Com as conquistas femininas, o que se faz atualmente é restabelecer a memória, sendo um trabalho importante que visa restituir à mulher o espaço que lhe é de direito (BEDASEE, 1999).

Leone (2003) enfatiza que as diferenças de trabalho masculino e feminino estão diminuindo, não somente pela capacidade das mulheres de entrarem no mercado reservado aos homens, mas também pela participação conjunta de homens e mulheres nos empregos considerados precários que hoje o mercado de trabalho oferece a ambos os sexos.

A forma como as mulheres lidam com a desigualdade tem possibilitado a elevação de sua escolaridade, a queda da taxa de fecundidade e novas representações acerca do papel da mulher na sociedade, fazendo com que cada vez mais ocupem cargos de prestígio (NEVES, 2002).

Entretanto, não podemos esquecer que a conquista de espaços no mercado de trabalho e nas organizações, se deve aos movimentos feministas de muitos anos antes, que acreditavam na transformação a partir da conscientização, visando romper com as formas de dominação do masculino sobre o feminino em todas as esferas da vida (LANIADO; MILANI, 2007).

- **Diretor de Hospital**

Somente o município 02 possui rede hospitalar própria.

Neste município o diretor do Hospital é do gênero masculino, graduado em administração hospitalar, tem 37 anos de idade. Este profissional ocupa a função há três anos, sendo seu vínculo empregatício nomeado.

Vale ressaltar que o diretor do hospital possui residência no município e já possuía experiência prévia na gestão.

O município 01 tem uma policlínica privada onde são atendidos alguns casos de urgência e emergência, sendo outros encaminhados para os municípios de referência, através da pactuação e de recursos do tesouro municipal.

- **Técnico autorizador de regulação**

**Quadro 03** – Caracterização dos técnicos autorizadores de regulação, Bahia, 2011.

<b>CATEGORIAS</b>	<b>MUNICÍPIO 01</b>	<b>MUNICÍPIO 02</b>
Gênero	Feminino	Masculino
Tempo na função	6 anos	2 anos
Tipo de vínculo	Concursado	Concursado
Formação	Superior Incompleto	Médio Completo
Residem no município	Sim	Sim

Verificou-se que o perfil desses técnicos apresenta semelhança entre os municípios estudados, uma vez que a média de idade foi de 33,5 anos ( $DP\pm 0,7$ ) e possuem residência fixa no município.

Com relação ao gênero, o do município 01 é do gênero feminino e do município 02 masculino. Quanto à formação, o do município 01 está cursando Assistência Social e o do município 02 possui nível médio completo.

No que se refere ao tipo de vínculo empregatício, ambos são concursados. O profissional do município 01 ocupa esta função há seis anos e o do município 02 a dois anos.

- **Responsável pela alimentação dos Sistemas de Informação**

**Quadro 04** – Caracterização dos responsáveis pela alimentação dos Sistemas de Informação, Bahia, 2011.

CATEGORIAS	MUNICÍPIO 01	MUNICÍPIO 02
Gênero	Feminino	Feminino
Tempo na função	6 anos	< 1 ano
Tipo de vínculo	Contratado	Concursado
Formação	Médio Completo	Médio Completo
Residem no município	Sim	Sim

A média de idade destes profissionais foi de 27,5 anos ( $DP\pm 2,1$ ), sendo nos municípios a função desempenhada por pessoa do gênero feminino, com residência no município e com nível de escolaridade médio completo.

Com relação ao vínculo e tempo que ocupa o cargo, a do município 01 é contratada e exerce a função há seis anos e a do município 02 é concursada e ocupa a função há menos de um ano.

## 4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS

Segundo dados do IBGE e SIAB, os municípios pesquisados apresentam as características sócio demográficas e indicadores sociais apresentados na tabela 01.

**Tabela 01** – Características sócio-demográficas dos municípios, segundo as fontes IBGE e SIAB. Bahia, 2011.

CRITÉRIO / INDICADORES	MUNICÍPIO 01	MUNICÍPIO 02
Taxa de Urbanização em %**	63,0	75,0
População**	15.193	12.693
População menor de 20 anos em %**	35,6	26,2
População de 20 a 60 anos em %**	51,8	60,4
População maior de 60 anos em %**	12,6	13,4
IDH (2000)**	0,62	0,65
PIB per capita (2008)**	5.423,52	3.678,25
Média de pessoa por domicílio*	3,6	3,3
% pop residente com rendimento nominal: Até ¼ de salário mínimo**	8,1	8,2
Incidência da Pobreza (%)**	48,9	42,6
Índice de GINI**	0,38	0,39
% da pop analfabeta**	32,3	28,3
% de crianças de 7-14 anos fora da escola*	16,0	22,3
% de domicílios sem abastecimento de água da rede geral*	31,8	25,3
% de domicílios sem ligação à rede pública de esgoto*	39,1	77,5
% de domicílios sem coleta pública de lixo*	33,2	21,3
Prioridades do Governo Federal (Fome Zero, Semiárido)	NÃO	SIM

\*Dados do SIAB, 2010.

\*\*Dados do IBGE, 2010.

Ao comparar os municípios se observa que são de pequeno porte, com: características sócias demográficas semelhantes, baixos indicadores sociais, alto índice de pobreza e analfabetismo, ainda apresentando baixas taxas de acesso aos serviços de saneamento básico, abastecimento de água e coleta de lixo.

Com relação à distribuição etária da população residente nos municípios, verifica-se maior proporção de indivíduos com idade entre 20 e 60 anos e menos de 20 anos no município 01 enquanto que no município 02 há uma maior proporção de pessoas acima de 60 anos. Vale ressaltar que nos dois municípios a proporção de pessoas com mais de 60 anos é superior à encontrada no estado da Bahia e no Brasil (IBGE, 2010).

O envelhecimento populacional é, hoje, um proeminente fenômeno mundial. No caso brasileiro, pode ser exemplificado por um aumento da participação da população

maior de 60 anos no total da população nacional: de 4% em 1940 para 8,6% em 2000. Nos últimos 60 anos, o número absoluto de pessoas com mais de 60 anos aumentou nove vezes. Em 1940 era de 1,7 milhão e em 2000, de 14,5 milhões. Projeta-se para 2020 um contingente de aproximadamente 30,9 milhões de pessoas que terão mais de 60 anos (BELTRÃO; CAMARANO; KANSO, 2004).

Em seus estudos sobre o crescimento populacional no Brasil, Camarano (2002) coloca que o crescimento da população idosa é consequência de dois processos: a alta fecundidade no passado, observada nos anos 1950 e 1960, comparada à fecundidade de hoje, e a redução da mortalidade da população idosa. Por um lado, a queda da fecundidade modificou a distribuição etária da população brasileira, fazendo com que a população idosa passasse a ser um componente cada vez mais expressivo dentro da população total, resultando no envelhecimento pela base. Por outro, a redução da mortalidade trouxe como consequência o aumento no tempo vivido pelos idosos, isto é, alargou o topo da pirâmide, provocando o seu envelhecimento.

O envelhecimento da população é acompanhado pelo envelhecimento do indivíduo, de outros segmentos populacionais, como a População Economicamente Ativa (PEA) e as famílias (crescimento do número de famílias nas quais existe pelo menos um idoso, verticalização das famílias dentre outros). Esse processo altera a vida do indivíduo, as estruturas familiares e a sociedade (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004).

A taxa de urbanização é maior no município 02 (75%), sendo este valor semelhante ao encontrado no Estado da Bahia (74,1%) e região Nordeste (76,2%) e inferior a do Brasil, 85,8% (IBGE, 2010). Estes dados causam surpresa, pois como são municípios de pequenos portes, imaginava-se que seus habitantes ainda continuavam com a vida cotidiana fixada no campo, mas percebe-se que aos poucos, mesmo que de forma tímida estão saindo da zona rural e se fixando na cidade.

Os municípios pesquisados apresentam baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e alta incidência de pobreza. O PIB *per capita* do município 02 está abaixo da média nacional, o que possibilitou seu enquadramento nas Prioridades do Governo Federal, com a Lei de Proteção Social nº 8.212/91 configurada como Lei Orgânica da Seguridade Social (LOSS) que abrange um conjunto integrado de ações de



iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar o direito relativo à saúde, à previdência e à assistência social. Esta obedece aos princípios e diretrizes envolvendo: universalidade da cobertura e do atendimento; equidade na forma de participação no custeio; caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários, aposentados, entre outros (BRASIL, 1991).

O município 02 está inserido nos programas de proteção social da Seguridade Social no que se refere à Assistência Social como: Bolsa Família; Fome Zero e Semiárido (IBGE, 2010), pois a Assistência Social encarada como política social atende às necessidades básicas da população. Traduzida como proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência, à velhice e às pessoas portadoras de deficiência de um modo geral, mesmo que esta pessoa nunca tenha contribuído diretamente com a seguridade social (BRASIL, 1991). O município 01 está inserido apenas no programa Bolsa Família.

A Previdência Social, outro tripé da Seguridade Social, tem por escopo garantir aos seus beneficiários que por motivo de incapacidade/idade avançada/desemprego involuntário/encargos de família e reclusão ou morte daqueles de quem dependiam economicamente, englobando o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e aposentadorias mediante a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) (BRASIL, 1991).

No Brasil, segundo dados do IBGE 9,6% da população com idade de 15 anos ou mais se autodeclaram analfabetos, equivalendo a um contingente de 13.933.173 pessoas, sendo destes 39,2% com idade superior a 60 anos (IBGE, 2010). Segundo dados do IBGE o analfabetismo e o porte populacional são diretamente proporcionais, vez que os municípios de pequeno porte apresentam maior proporção de pessoas que se autodeclaram analfabetos.

Ainda analisando os dados de analfabetismo no Brasil, verifica-se que estes dados variam segundo a localização geográfica. Em municípios da região Nordeste, com população de até 50 000 habitantes, 28% dos residentes com idade superior a 15 anos se autodeclaram analfabetos. Vale ressaltar que nos municípios pesquisados os

valores observados (32,3% e 28,3%) estão acima da média esperada para a referida região (IBGE, 2010).

A discussão sobre indicadores de situação de pobreza no Brasil é atual e carece de maiores definições. O próprio governo brasileiro utiliza diferentes cortes de renda *per capita* para selecionar beneficiários para os programas e políticas sociais implantados. O Programa Bolsa Família, por exemplo, considera extremamente pobre as famílias com renda domiciliar *per capita* de até R\$ 70,00 e pobres aquelas com até R\$ 140,00. O BPC beneficia pessoas idosas e pessoas com deficiência com rendimento domiciliar *per capita* inferior a  $\frac{1}{4}$  de salário mínimo (IBGE, 2010).

Nos municípios pesquisados aproximadamente 8% dos residentes sobrevivem com uma renda mensal *per capita* inferior a meio salário mínimo (até  $\frac{1}{4}$  de salário mínimo). Enquanto a proporção média brasileira de pessoas que vivem com até R\$ 70,00 de rendimento domiciliar *per capita* era de 6,3%, nos municípios estudados essa proporção foi superior.

No tocante à infraestrutura urbana, chamou atenção o caso do município 02, onde 77,5% dos domicílios não possuem ligação à rede pública de esgoto, sendo que 73% é fossa. Evidenciam-se ainda nos municípios deficiência no destino final do lixo para 33,2% e 21,3% dos domicílios dos municípios 01 e 02, onde ele não é ofertado. Ainda chama atenção a proporção de domicílios sem acesso a rede pública de abastecimento de água para o consumo humano, uma vez que no município 01 e 02 respectivamente 31,8% e 25,3% (SIAB, 2010).

**Tabela 02** – Taxa de Mortalidade infantil por município estudado. Bahia, 2005 a 2009.

MUNICÍPIO	2005	2006	2007	2008	2009
01	26,9	13,9	21,7	5,3	26,6
02	40,0	22,6	30,3	19,4	4,8

Fonte: DATASUS.

A taxa de mortalidade infantil (TMI) apresentada pelo município 01 ficou em torno de 26 óbitos/1.000 nascidos vivos nos anos de 2005 e 2009, embora em 2008 tenha sido de 5,3 óbitos/1.000 nascidos vivos, divergente do apresentado nos anos

anteriores. No município 02, a referida taxa foi de 40 óbitos/1.000 nascidos vivos em 2005 para 4,8 óbitos/1.000 nascidos vivos em 2009, repetindo a divergência apresentada pelo município 01.

A taxa de mortalidade infantil vem sendo utilizada como indicativo de condições de vida e de saúde de uma população, pois além de expressar causas biológicas, reflete também determinações de ordem socioeconômica e socioambiental. Este indicador é influenciado por condições de saneamento, higiene, moradia, trabalho, renda, nível de informação, acesso e qualidade dos serviços de saúde e de proteção social (OLIVEIRA; MENDES, 1999).

De 1990 a 2007 a TMI no Brasil apresentou tendência de queda, passando de 47,1/1000 nascidos vivos em 1990 para 19,3/1000 em 2007, com uma redução média de 59,0%. Diversos fatores têm contribuído para esta mudança, entre os quais se destacam: o aumento do acesso ao saneamento básico, queda da taxa de fecundidade, melhoria geral das condições de vida, da segurança alimentar e nutricional e do grau de instrução das mulheres, maior acesso aos serviços de saúde e ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família, entre outros. Apesar do declínio observado, a mortalidade infantil permanece como uma grande preocupação em Saúde Pública. Os níveis atuais são considerados elevados e incompatíveis com o desenvolvimento do País, além de que há sérios problemas a superar, como as persistentes e notórias desigualdades regionais, com concentração dos óbitos na população mais pobre, além das iniquidades relacionadas a grupos sociais específicos (BRASIL, 2009b).

A subnotificação de óbitos no País é ainda um problema a ser enfrentado, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. A omissão do registro do óbito em cartório compromete o real dimensionamento do problema e a identificação das ações adequadas de saúde para a diminuição das taxas de mortalidade. Da mesma maneira, a baixa qualidade das informações nas declarações de óbito, prejudica a análise dos fatores que influenciam a mortalidade e, conseqüentemente, dificulta as ações de intervenção. É necessário, portanto, esforço especial e mobilização dos gestores e das equipes de saúde para a identificação do óbito infantil e fetal, qualificação das informações e incorporação da avaliação dos serviços de saúde para melhoria da assistência (BRASIL, 2009b).

### 4.3 ASPECTOS POLÍTICO-INSTITUCIONAIS

Ao discorrermos sobre as questões relacionadas aos aspectos políticos administrativos nos municípios em análise nos reportamos às reflexões realizadas CONASEMS quando realiza e traz orientações aos novos gestores municipais de saúde, deixa evidenciado que:

A responsabilidade do governo municipal pela saúde de seus cidadãos não termina nos limites do município. A garantia do atendimento integral a este cidadão, ou seja, a eventual necessidade de complementaridade da assistência, mesmo fora do município, é uma corresponsabilidade da gestão municipal (BRASIL, 2009a, p.13).

Diante de tal entendimento deste conselho apresentamos na tabela 03 os dados que representam os aspectos político-institucionais dos municípios em estudo.

**Tabela 03** – Aspectos político-institucionais por município estudado. Bahia, 2011.

CRITÉRIO / INDICADORES	MUNICÍPIO 01	MUNICÍPIO 02
Ano de criação do município	1958	1935
Continuidade administrativa da prefeitura (2004 e 2008)	SIM (reeleição)	NÃO
Transferência recursos do SUS (União - 2010)	828.160,38	1.331.133,26
Transferência de convênio (capital) União para o SUS (2010)	--	55.000,00
Transferência de convênio (capital) do Estado para o SUS (2010)	--	255.132,04
Transferência de convênio do Estado para o SUS (2010)	--	90.000,00
Transferência de recurso do Estado para Programas de Saúde (2010)	15.000,00	--
Incentivo Estadual ESF	4.500,00	7.500,00
Desprecarização do trabalho	Parcial	Parcial
Ações de Educação Permanente em Saúde	Parcial	NÃO

**Fonte:** Entrevistas, SIOPS, IBGE e Relatório Anual de Gestão 2010.

A tabela 03 e os discursos que se seguem apresentam os dados referentes aos aspectos Político-institucionais das Secretarias Municipais de Saúde dos municípios estudados.

Pode-se verificar que no município 01 houve continuidade administrativa, vez que não houve mudança no projeto político-administrativo nos últimos anos, pois o prefeito foi reeleito e o mesmo grupo político continua na gestão. No município 02 a situação é bem diferente vez que gestão municipal está em seu primeiro mandato e foi

eleito em oposição a um grupo que estava à frente da administração municipal há vários anos.

Outro elemento importante que diferencia os dois municípios foi o recebimento de recursos para o SUS, oriundos da União e do Estado referentes às transferências de recursos, nas quais se pode observar que o município 02 recebeu repasses bem maiores que o município 01.

Isto fica evidenciado quando em documento do CONASEMS (BRASIL, 2009a, p.14) é exposto que:

De acordo com a Constituição Federal, os municípios são autônomos em relação ao governo do Estado e à União. O SUS deve ser construído com base em uma relação harmoniosa, solidária e de respeito à autonomia de cada ente federado e com decisões baseadas em consenso. Não há hierarquia entre as diferentes esferas de governo.

Assim sendo, cada município possui autonomia em tomar suas próprias decisões políticas administrativas, o que mais uma vez fica evidenciado na análise dos documentos oficiais destes, a exemplo de seus planos.

Ao analisarmos os instrumentos básicos de gestão (Plano Municipal de Saúde e Relatório Anual de Gestão) e o discurso dos gestores, podemos inferir que nos municípios analisados a Atenção Básica foi colocada como área prioritária.

Os programas do Ministério de uma forma geral [...] quero que aconteça o preconizado. Quando eu falo nos programas estou falando no geral. A questão da Atenção Básica [...] a Atenção Primária à Saúde que está atrelada aos programas também, que o município está se disponibilizando a fazer e tem por obrigação fazer (SMS/M01).

[...] Nessa nossa gestão agora nós temos investido muito na questão da saúde preventiva, que vem os PSF [...] aonde a gente tá dando maior foco, e agente observa que a população começou a absorver isso [...] a questão preventiva, que tá a urgência e emergência que é o hospital, mas que de fato a saúde acontece nas unidades de saúde, então tá o que nos chamamos de atenção básica. De fato nós estamos investindo na atenção básica, é uma prioridade nossa [...] (SMS/M02).

Segundo o Ministério da Saúde, a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver

uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2011).

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas, além de que deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Baseia-se nos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, como também considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2011).

Durante a última década, o Brasil experimentou grandes mudanças na organização, financiamento e oferta de serviços de saúde, sendo que a atenção básica tem merecido especial atenção, com a introdução de programas inovadores e estratégicos para a mudança do modelo assistencial no SUS. Entre as características inovadoras incluem-se a ênfase em reorganizar os serviços de atenção básica, centrando-os na família e na comunidade e integrando-os aos outros níveis de atenção (OPAS, 2006).

Destarte que para Ferreira et al. (2009, p.899) colocam que:

A organização tecnológica do processo de trabalho tem se constituído em um forte analisador da organização da assistência à saúde, por revelar a paradoxal relação entre o trabalho morto e trabalho vivo no núcleo produtivo do cuidado.

A dependência do financiamento federal tem tornado a gestão financeira vulnerável ao recebimento destes recursos. Os secretários entrevistados estavam convictos que há uma insuficiência de recursos financeiros para garantir a realização das ações e serviços ofertados pelo sistema municipal de saúde.

[...] Eu acho que a maior dificuldade hoje do SUS, do funcionamento do SUS é a questão do financiamento do SUS, que infelizmente ainda não cobre com o mínimo que se necessita pra fazer um bom trabalho [...] mas o financiamento dele que é complicado [...] infelizmente é pouco, porque a gente tenta atender uma demanda muito grande é uma população toda e infelizmente a gente não consegue botar, o que está no papel [...] o que está nos planos de saúde que são desenvolvidos em prática [...] hoje a maior dificuldade é questão financeira [...] (SMS/M02).

Os recursos destinados à saúde em um município são provenientes da arrecadação fiscal direta e das transferências entre entes federados. É possível identificar alguns limites e constrangimentos institucionais impostos ao financiamento público da saúde no Brasil, como: a forma como se estrutura a divisão das competências tributárias (que nível de governo administra e arrecada cada tributo); os dispositivos que determinam a partilha intergovernamental de recursos; e o caráter das transferências federais para o financiamento das ações e serviços descentralizados de saúde, que são influenciadas pela capacidade instalada e de produção de ações e serviços de saúde nos estados e nos municípios (LIMA, 2007).

Ainda Lima (2007) enfatiza que se estados e, principalmente, os municípios foram beneficiados pela descentralização tributária, dificilmente essas instâncias poderiam dar conta dos compromissos de universalização e integralidade assumidos na Constituição e leis nacionais sem as transferências federais destinadas especificamente à saúde. Além disso, a Emenda Constitucional 29 (EC 29), ao definir patamares mínimos de despesas em saúde nos orçamentos descentralizados, não resolve o problema das desigualdades na capacidade de arrecadação e de apropriação de transferências constitucionais pelas instâncias federadas.

Além da insuficiência de recurso financeiro, os gestores e coordenadores da atenção básica têm dificuldade com relação à acessibilidade dos usuários aos serviços especializados de média e alta complexidade.

[...] Pactuados é baseado na PPI que a quantidade não é suficiente e agente complementa com recurso extra SUS [...] É fazer a PPI funcionar como foi proposto. A PPI que vai reger e vai dar condições prá gente [...] (SMS/M01).

[...] a população ela quer ser assistida, ela não ta preocupada com o que o sistema está oferecendo, de que forma o sistema oferece, quais são as regras que são aplicadas prá se prestar um serviço, não, ela quer ser atendida, isso requer que o município ofereça o melhor possível e procedimentos que às vezes a gente não tem [...] (SMS/M02).

Ai é que ta a dificuldade que eu te falei, dependendo do problema a gente não consegue [...] a gente não acha vaga [...] para Salvador que era um apoio que a gente tinha ta difícil demais, a gente fica com o paciente acamado com fratura de fêmur, meses [...] Quando a gente consegue por via de emergência ai a gente consegue, se mandar por ambulância é para arriscar a ser atendido (CAB/M01).

[...] porque às vezes a gente depende assim de outros municípios pra ta enviando, aí às vezes a gente não acha vaga [...] (CAB/M02).

Na saúde, haveria que distinguir inicialmente as *necessidades de saúde* e as *necessidades de serviços de saúde*, o que remeteria para a separação, com fins analíticos, entre desigualdades nas condições de vida e saúde, de um lado, e desigualdades no acesso e consumo de serviços de saúde, de outro (ALMEIDA, 2002).

Para Gastão (2007), a responsabilidade macro-sanitária volta-se para a regionalização do Sistema, buscando a definição precisa *do quê compete a quem*. Para isto, seria fundamental a criação de um organismo em cada região de saúde, com poder para estabelecer planos regionais, acompanhando e avaliando a gestão regional. Significa definir que modalidade e que volume de atenção caberia a cada município. Dentro de cada cidade, estabelecer *do que se encarregará* cada serviço hospitalar, de especialidades ou de urgências, criando assim responsabilidade macrosanitária tornando efetivo e transparente o encargo sanitário de cada cidade e de cada organização do Sistema. E, com base neste encargo, estabelecer compromissos de cofinanciamento entre os entes federados, bem como possibilitar a gestão do acesso, de maneira que todos os necessitados de cada região tenham acolhimento equânime.

Diante de todo o exposto vale salientar que:

A experiência nacional demonstra que um sistema estadual de saúde organizado está diretamente relacionado com a capacidade de mobilização e organização dos gestores municipais, através do COSEMS (BRASIL, 2009a, p.79).

Demonstrando ainda que os órgãos representativos dos secretários municipais de saúde (COSEMS) juntamente com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), buscam constantemente permanecer num processo de evolução administrativa, técnica e política, entendendo ser a participação da gestão municipal inclusive no financiamento de sua instituição representativa “fundamental



para garantir uma melhor capacidade de pactuação e organização do sistema estadual de saúde e de seu próprio município” (BRASIL, 2009a, p.79).

Com relação à forma administrativa de acesso ao serviço público, esta se dá nos dois municípios por meio de concurso e seleção pública. Entretanto, nenhum dos municípios estudados possui Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS).

[...] seleção pública e concurso público [...] Não, a gente tá como meta agora para 2011, aliás, tá entrando no meu Plano Municipal até 2012 para a gente elaborar (SMS/M01).

A maioria é concurso e REDA [...] Por a gente não ter toda equipe, no caso nosso, concursados, a gente trabalha aqui com processo seletivo, então não tem como a gente instalar, a maioria dos médicos são contratos, os enfermeiros e auxiliares de enfermagem são processo seletivo, então não tem como fazer plano de carreira, se todos fossem concursados era mais fácil (SMS/M02).

A Lei 8.142/90 define condicionantes para as transferências de recurso fundo a fundo: o estabelecimento dos Fundos de Saúde e Conselhos de Saúde; a elaboração de Plano de Saúde; a existência de contrapartida de recursos no respectivo orçamento receptor; e constituição de uma comissão para elaborar um PCCS (BRASIL, 1990). Entretanto, já se passaram mais de vinte anos e nota-se a inexistência de políticas voltadas à fixação de profissionais, ausência de piso salarial e nem mesmo a criação de carreira nos municípios estudados.

A heterogeneidade de vínculos é um dado importante na atualidade, às novas formas de “contrato” mudam radicalmente os mecanismos de ingresso e manutenção do trabalhador, estabelecendo novas relações de trabalho, definindo também a necessidade de se adquirir competências que habilitem trabalhadores e gestores como negociadores das condições de trabalho, às vezes em condições adversas do ponto de vista orçamentário, para operar avanços significativos nas negociações, mesmo quando os pleitos dos trabalhadores são reconhecidos como legítimos. Diante disto, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) vem dedicando atenção especial à discussão da precarização do trabalho e à busca de caminhos para reverter a situação instalada (BRASIL, 2007b).

Percebe-se certa fragilidade no desenvolvimento de ações de educação permanente, vez que nenhum dos dois municípios tem instituída a Política de Educação Permanente em Saúde.

Aqui não, a gente se limita a fazer a nossa educação em saúde nossa mesmo, todo o enfermeiro que sai ele produz um relatório do que foi e repassa para os demais, então a gente tem uma coisa interna (SMS/M01).

Essa política tem tido uma dificuldade, agora que a gente conseguiu aí com a equipe da unidade, esse acolhimento pedagógico, que eu acredito que é, mas a DIRES de fato dá cobertura. O município não tem [...] precisa sempre que haja capacitação com os profissionais [...] (SMS/M02).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é uma proposta de ação estratégica que visa a contribuir para transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços de saúde, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. A implantação desta Política implica em trabalho intersetorial capaz de articular desenvolvimento individual e institucional, ações e serviços e gestão setorial, e atenção à saúde e controle social (BRASIL, 2004).

Mesmo de forma incipiente, vem ocorrendo o desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) como pode ser verificado nos discursos dos entrevistados.

[...] a educação permanente, a coordenadora anterior a mim ela já tinha começado a dar início. Infelizmente, eu não tive condições pela sobrecarga. Então eu tento assim, me reunir com eles [...] a gente vai discutindo assim o que ta mais em alta [...] (CAB/M02).

[...] A gente montou no início do ano aqui um cronograma de ações voltadas não só para a vigilância, mas a questão de informação para todos os grupos da secretaria [...] a gente tem geralmente uma vez ao mês, mas tem mês que a gente faz duas vezes estas capacitações (CVS/M01).

[...] normalmente a gente reuni, a depender de qual for o tipo da capacitação [...] a reunião às vezes é apenas com os coordenadores, com as enfermeiras. Às vezes agente reuni com os profissionais da sala de vacina, ou a depender do tema, é com a equipe toda [...] A gente já fez duas capacitações em sala de vacina [...] capacitação em hanseníase, tuberculose, saúde do trabalhador, isso pra toda a equipe (CVS/M01).

[...] é uma grande dificuldade que nós temos ainda. Esta só em projeto, precisamos capacitar esse povo, enquanto não capacitar é difícil (DH/M02).

Portanto, Ceccim (2005, p.167) argumenta que a EPS é um processo e não uma capacitação estanque. Se formos atores ativos das cenas de formação e trabalho (produtos e produtores das cenas, em ato), os eventos em cena nos produzem diferença, nos afetam, nos modificam, produzindo abalos em nosso ‘ser sujeito’, colocando-nos em permanente produção. O permanente é o aqui-e-agora, diante de problemas reais, pessoas reais e equipes reais.

Todavia diante desse entendimento vemos que nos municípios-caso há necessidade de se investir na educação incorporada à rotina de trabalho como um processo efetivo, contínuo e ajustado às necessidades do cotidiano, e esta estratégia deve se constituir em prioridade de gestão. O grande desafio é buscar estratégias para facilitar o complexo processo de interação, articulação e pactuação, entre os diversos atores envolvidos no processo de educação permanente.

**Tabela 04** – Proporção de recursos do tesouro municipal aplicados no setor saúde por município estudado. Bahia, 2005 a 2009.

MUNICÍPIO	2005	2006	2007	2008	2009
01	15,01	16,70	19,07	19,19	21,46
02	20,10	19,70	18,72	15,12	17,12

Fonte: SIOPS/DATASUS.

A série histórica do percentual de aplicação de recursos próprios em saúde nos municípios-caso permite visualizar como se deu o esforço municipal de financiamento das ações e serviços públicos de saúde acima do preconizado pela EC 29. Observa-se no município 01 uma tendência crescente da aplicação de recurso saindo de 15,01% em 2005 para 21,46% em 2009. Já no município 02, o gestor investiu um maior percentual dos recursos do tesouro municipal em 2005 (20,10%), e foi reduzindo até chegar em 2009 com 17,12%, aplicando de sua arrecadação fiscal um valor próximo ao mínimo estabelecido pela EC 29. Neste município o trabalho do setor saúde tornou-se fonte de legitimação política da administração municipal, que além dos investimentos na Atenção Básica, têm investido também na reforma do Hospital Municipal.

Pode-se inferir que os gestores têm conhecimento da realidade local e estes foram se capacitando no processo, acumulando conhecimentos e experiências que

ampliaram sua prática na gestão, configurando uma maior legitimidade no desenvolvimento de suas funções.

[...] a gente lida aqui com a hipertensão, complicações de diabetes, as parasitoses intestinais de uma forma geral [...] a gente é estritamente, basicamente rural mesmo, a nossa população é muito concentrada na área rural [...] (SMS/M01).

[...] eu tenho uma dificuldade como gestor é o profissional [...] quando ele sai da faculdade ele não consegue se adaptar a realidade que propôs a saúde, o SUS [...] A realidade é totalmente diferente [...] por mais que o ministério tem insistido que a secretaria de saúde tenha um fundo próprio, [...] todas as secretarias hoje tem, mas infelizmente a gente fica muito preso à administração [...] Uma das maiores dificuldades é a questão da gestão saúde com a gestão administrativa [...] (SMS/M02).

Para administrar uma política descentralizada, os mecanismos de tomada de decisão precisam ser ampliados no sistema, com participação social e construção de alianças entre os principais atores envolvidos, representando uma grande inovação na governança em saúde no Brasil, permitindo que maior número e variedade de atores participem do processo de tomada de decisão e definam áreas de responsabilidade institucional com mais clareza que no passado, assegurando que cada nível de governo apoiem a implementação da política nacional de saúde (PAIM, 2011).

A inovação da gestão pública em saúde consiste em incluir novos atores na formulação, gestão e provisão dos serviços públicos em saúde. Os conhecimentos e práticas dos trabalhadores são fonte de conhecimento para desenvolver práticas de avaliação da atenção em saúde que possam promover o fortalecimento das ações integrais e práticas avaliativas (PINHEIRO; SILVA JR., 2008).

Há uma diferença pequena na formação da equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde dos municípios pesquisados. No município 01 esta é formada por secretário, coordenação da atenção básica, coordenação de saúde bucal, coordenação de vigilância à saúde, técnico autorizador de regulação e digitador dos Sistemas de Informações em Saúde. O município 02 tem a mesma composição, exceto a coordenação de saúde bucal. Ficou evidente que a composição da referida equipe técnica é restrita e constituída basicamente por profissionais recém-formados. Entretanto, o compromisso com a consolidação do sistema municipal de saúde vem superando as dificuldades encontradas.

#### 4.4 ASPECTOS ORGANIZACIONAIS

Por compreendermos que os aspectos organizacionais proporcionam as instituições viabilidade e planejamento em suas ações administrativas levando a um bom andamento nos seus planejamentos de gestão. Assim sendo, na tabela que segue buscamos discriminar estes aspectos dos municípios em estudo.

**Tabela 05** - Aspectos organizacionais por município estudado. Bahia, 2011.

CRITÉRIO / INDICADORES	MUNICÍPIO 01	MUNICÍPIO 02
Práticas de Avaliação	SIM	SIM
Instrumentos e Práticas de Planejamento	SIM	SIM
Conselho Municipal de Saúde	SIM	SIM
Pacto de gestão assinado	SIM	SIM
Unidades Básicas de Saúde	04	06
Hospital Geral	--	01
Policlínica	02	--
Unidade de Vigilância em Saúde	--	01
Unidade Móvel Terrestre	--	01
Ano de implantação do PACS	1992	1992
Cobertura do PACS	62,06	--
Ano de implantação do PSF	2005	2001
Cobertura do PSF	22,67	100,00
Nº de equipes de SF	03	05
Nº de famílias cadastradas na ESF (2011)	3.695	3951
Nº de usuários cadastrados na ESF (2011)	12.873	13.102
Consulta médicas básicas / habitante (2010)	0,93	0,73
Acesso a Procedimentos de Média e Alta Complexidade	Pactuação/Contratação	Pactuação
Complexo Regulador	NÃO	NÃO
Sistema de referência e contra-referência	Apenas referência	Apenas referência
Sistemas de informação em Saúde	SIM	SIM

**Fonte:** Entrevistas, DATASUS, SIAB, Relatório Anual de Gestão.

No processo da implementação do SUS, foram identificados algumas incoerências, inconsistências, lacunas quanto ao entendimento que os entrevistados possuem sobre o SUS.

SUS é uma Política de Saúde [...] tem seus percalços [...] facilmente identificado é a questão de autonomia do gestor, muita coisa não acontece por isso [...] e outra coisa a gente precisa de um melhor acompanhamento, de uma melhor cobrança no sentido de acompanhamento e cobrança do próprio Estado, do próprio governo federal onde se desenvolva estratégias que venham a dar um suporte maior, tá mais próximo aos gestores (SMS/M01).

Com o surgimento do SUS, se abriu aí uma nova história [...] mas o que a gente observa [...] é que de fato o SUS ainda tá longe daquilo que a gente pretende, daquilo que é proposto pelo próprio SUS, que é a questão do desenvolvimento das ações que ainda tem alguns impasses devido a questão financeira [...] às vezes a gente não alcança devido aos recursos que são poucos [...] mas o projeto SUS é um projeto brilhante. Muitas vezes tá só no papel [...] é um dos melhores projetos que está aí no mundo, mas o financiamento dele que é complicado [...] infelizmente a gente não consegue botar, o que está no papel [...] o que está nos planos de saúde que são desenvolvidos em prática [...] (SMS/M02).

Nestes depoimentos fica evidenciado que estes gestores pensam o SUS enquanto uma política em busca de atender e resolver questões inerentes à saúde nos mais distintos municípios brasileiros.

[...] eu acho que o SUS deixou de engatinhar e está caminhando a passos largos, eu acho que melhorou, mas ainda precisa melhorar muita coisa [...] o que é oferecido hoje, [...] quando eu entrei na faculdade não existia [...] eu acho que melhorou muito e tende a melhorar muito mais [...] o SUS é o melhor modelo de saúde que eu já vi [...] (CAB/M01).

[...] Sistema Único de Saúde, que veio pra modificar o sistema de saúde que existia no país [...] ainda deixa muito a desejar [...] o que a gente vê no papel se a gente fosse colocar em prática não tinha nada melhor, então o SUS é perfeito [...] é um sistema [...] pra mim maravilhoso [...] porque como a gente vê iguala as pessoas [...] as pessoas tendo o mesmo acesso, tendo os mesmos direitos, só que infelizmente o que tá instituído no nosso país é difícil você colocar em prática [...] (CAB e CVS/M02).

Nestes depoimentos seus gestores percebem que o SUS proporciona mudanças na assistência à saúde nos municípios onde este em pleno funcionamento na perspectiva de atender os seus princípios, mas percebem as dificuldades enfrentadas em ser colocado em prática tudo o que foi preconizado devido a uma falta de sustentação por parte de órgãos superiores.

[...] eu tenho uma visão do SUS como o Sistema Único que tem que garantir os serviços de qualidade para toda a comunidade, só que na realidade a gente vê um pouquinho diferente [...] as coisas não acontecem como a gente quer que aconteçam, como é preconizado, sei que avançou muito [...] precisa ainda avançar [...] ainda falta muita coisa para que garanta a qualidade da saúde para a população (CVS/M01).

Um programa que busca o atendimento das pessoas que não tem condições de conseguir através do plano de saúde, levar a saúde para todas as pessoas independente do nível social, basicamente é isso que é o SUS (CSB/M01).

[...] Tudo que é oferecido pelo governo [...] tudo que o habitante do município tem direito [...] direito independente do município [...] não é que o município dê, mas o paciente ele tem aquele direito, porque é fornecido pelo governo (RASI/M01).

Nas afirmações que seguem percebe-se que os gestores veem o SUS enquanto programa e sistema de saúde oferecido pelo governo proporcionando a todos, indiferente de sua classe social, uma qualidade no acompanhamento de saúde do indivíduo, família e comunidade.

[...] é muito amplo, é a maior conquista que nós temos [...] que a população tem que valorizar o SUS (DH/M02).

É um Sistema Único de Saúde [...] antes dele a saúde não era pra todo mundo [...] nem todo mundo tinha acesso, e depois do SUS [...] muita gente tem acesso a exames, atendimento que não tinha [...] depois dele facilitou bastante para a população. A população foi beneficiada por causa dele, por causa do SUS (RASI/M02).

[...] O SUS é o que oferece exames para todos. O SUS na verdade é direito de todos, [...] ta faltando muita coisa [...] outras pessoas não entende o que é SUS [...] eles falam pelo atendimento que não são bem atendidos [...] eles reclamam de tudo e na verdade a gente observa [...] no SUS o atendimento é um, quando se diz que é particular o atendimento é outro (TAR/M01).

Que é um convênio [...] que precisa ser melhorado [...] porque a demanda é grande e a oferta é muito pequena, então o SUS precisa ser melhorado (TAR/M02).

Destarte que todos estes discursos nos leva a reflexões do profissional que se encontra prestando assistência a estas populações atendidas pelo SUS, e como esta ocorrendo a sua formação acadêmica. Todas essas nossas inquietações vem sendo debatida em vários fóruns competentes da Saúde e da Educação. Existe no Brasil um evento que debate com todas as profissões e instituições formadoras a respeito de como pode estes órgãos minimizar estes enfrentamentos, ou melhor, formar para atender os princípios do SUS, denominado REDE UNIDA.

A formação dos profissionais de saúde deve ser entendida como um projeto educativo que extrapola a educação para o domínio técnico-científico da profissão e se estende pelos aspectos estruturantes de relações e de práticas em todos os componentes de interesse ou relevância social que contribuam à elevação da qualidade de saúde da população, tanto no enfrentamento dos aspectos epidemiológicos do processo saúde-

doença, quanto nos aspectos de organização da gestão setorial e estruturação do cuidado à saúde. O desafio da gestão pública do setor da saúde deve estar assentado no ordenamento de políticas de formação, como prevê a Constituição Nacional no Brasil (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

O que se observa nas falas dos entrevistados é um conceito reducionista do que vem a ser o SUS. Assim, o entendimento sobre o SUS única e exclusivamente como “um programa”, “um convênio” ou mesmo “o que oferece exames para todos” afeta diretamente a implementação do sistema, uma vez que a falta deste entendimento tem dificultado a realização das ações e serviços pautados nas necessidades de saúde da população. É importante ainda destacar a questão da valorização do SUS pela população enquanto um direito de cidadania e não de forma verticalizada e imposta pelos gestores.

No que se refere à organização e oferta de serviços, podemos verificar a existência de algumas barreiras para colocá-las em prática no atual cenário do Sistema de Saúde Municipal.

[...] Os próprios da Atenção Básica [...] Os contratados são todas as especialidades [...] Pactuados é baseado na PPI [...] a quantidade não é suficiente e agente complementa com extra SUS [...] a gente libera tudo, a gente fornece tudo, a gente dispensa tudo [...] a gente não deixa sem solução as solicitações aqui. Com esse aparato que eu tenho de levar para fora, com recursos extra SUS [...] (SMS/M01).

[...] Serviços mais essenciais [...] Convênios: Neurologista, Otorrino [...] os serviços essenciais a gente tem [...] temos um hospital de urgência e emergência [...] a população tem acesso e a população tem facilidade de chegar [...] nós temos cinco equipes de PSF, [...] a população tem acesso a essas unidades de saúde (SMS/M02).

A gente tá fazendo agora demanda organizada, antes era demanda espontânea [...] faz educação em saúde, a gente faz eventos que possam sensibilizar e mobilizar [...] apresentação em rádio [...] faz sala de espera que não deixa de ser uma educação em saúde [...] Todas as datas comemorativas do calendário de saúde a gente faz (CAB/M01).

[...] Tem a oferta organizada e tem a demanda espontânea [...] o pessoal procura fazer os agendamentos [...] quem chega à unidade por demanda espontânea não volta sem ser atendido [...] levar informação pra comunidade, pra tá prevenindo, [...] a gente fez algumas feiras de saúde [...] palestras, sala de espera [...] a questão de gravidez precoce, do envolvimento com drogas [...] (CAB/M02).



A oferta de serviço não supre a demanda porque a procura é grande [...] na minha data de marcação do SUS [...] a gente tem uma data [...] exame de laboratório, raios-X, [...] distribui senha, quem pegar senha e tiver vaga dos exames ele vai marcando [...] (TAR/M01).

[...] mamografia, a gente tem um pouco de dificuldade, de tomografia [...] a demanda é muito grande pra oferta [...] Houve melhoras em alguns serviços, no caso de mamografia, de tomografia, de ressonância magnética [...] Se a pactuação for pra Jequié, a gente marca pra Jequié, se for Itabuna pra Itabuna e se for pra Salvador a gente marca pra Salvador também, onde for necessário (TAR/M02).

As falas dos gestores convergem para a compreensão dos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde, e de que há uma insuficiência de oferta de serviços, sendo necessária a utilização de recursos do tesouro municipal para garantir o acesso da população a tais serviços. Cabe destacar que os coordenadores da atenção básica dos municípios estudados citaram a oferta organizada e demanda espontânea como estratégias para organização do sistema. No entanto, os técnicos autorizadores de regulação, compreendem que a demanda é maior que a oferta ocasionando quantidade insuficiente de procedimentos que atenda a necessidade de toda a população.

Neste sentido, o conceito de saúde assegurado na legislação brasileira constitui-se como um direito da cidadania a ser garantido pelo Estado, e para garantir a universalidade da atenção faz-se necessário a formulação de um modelo social ético e equânime norteado pela inclusão social e solidariedade humana. Entretanto, temos vivenciado o impasse com a concretização do acesso universal aos serviços de saúde, requerendo assim uma luta constante pelo fortalecimento da saúde como um bem público, como direito individual e coletivo através do redimensionamento de uma nova prática construída a partir de uma gestão democrática e participativa (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003).

O Pacto pela Saúde define que uma das responsabilidades sanitárias do município no Termo de Compromisso de Gestão é promover a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais (BRASIL, 2006a).

Nos sistemas fragmentados de atenção à saúde a atenção primária não se comunica fluidamente com a atenção secundária e esses dois níveis também não se comunicam com a atenção terciária, nem com os sistemas de apoio (MENDES, 2010). As características estruturais de um sistema de saúde podem determinar o seu grau de integração, sendo que os sistemas de saúde públicos universais apresentam vantagens comparativas para a integração em relação aos sistemas segmentados (MENDES, 2007).

Ainda Paim (2011) destaca que a prestação de serviços especializados no SUS é problemática, pois a oferta é limitada e o setor privado contratado muitas vezes dá preferência aos portadores de planos de saúde privados. Além disso, a atenção secundária é pouco regulamentada e os procedimentos de média complexidade normalmente são preteridos em favor dos procedimentos de alto custo, fazendo com que o SUS seja altamente dependente de contratos com o setor privado, principalmente no caso de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; apenas 24,1% dos tomógrafos e 13,4% dos aparelhos de ressonância magnética são públicos e o acesso é desigual.

Em relação à organização e oferta de serviços, cabe destacar as ações de saúde bucal. Para a consulta odontológica os usuários são atendidos de acordo com um plano de tratamento proposto. O agendamento das consultas é feito de forma programada, ocorrendo o atendimento e realização de todos os procedimentos que o usuário necessita até receber alta.

[...] a questão da visita do técnico para fazer prevenção porque isso evita ta quebrando equipamento [...] para evitar parar o funcionamento [...] e a outra é a questão do almoxarifado [...] a organização de todo esse material [...] priorizar de 0 a 14 anos e urgência e emergência [...] são atendidas, questão de dor, abscesso, tudo isso para odontologia é uma urgência [...] escovação supervisionada, palestras nas escolas [...] também no consultório [...] aplicação de flúor [...] orientação de higiene bucal [...] para aumentar o impacto seria levando informação [...] (CSB/M01).

A incorporação das ações de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família constitui-se um novo espaço que exige práticas a serem construídas e uma reorientação do processo de trabalho da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde, pois, de acordo com as diretrizes do MS, as equipes de saúde bucal devem atender as demandas

da população com ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação, por meio de medidas de caráter coletivo e individual (BRASIL, 2006b).

Destacamos dentre as atribuições específicas do cirurgião-dentista a realização de diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal, realização da atenção à saúde em saúde bucal individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e a coordenação e participação de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais (BRASIL, 2011).

Corroborando com Roncalli (2006) quando coloca que as mudanças das práticas no serviço, com priorização para as ações coletivas, tomando por base os estudos epidemiológicos e a incorporação de estratégias de avaliação, proporcionariam a consolidação de um modelo que pode produzir resultados significativos.

No processo de organização do sistema de saúde um dos aspectos fundamentais a serem discutidos e implementados estão relacionados aos instrumentos e práticas de planejamento.

O Plano Municipal de Saúde [...] parte de necessidades que a gente já conhece [...] muda muito pouco de um lugar para outro [...] parte das observações, do desenvolvimento das ações, então cada eixo temático [...] vai sentindo a necessidade vai se reunindo com os profissionais e vai elaborando [...] depois deste levantamento das necessidades termina vindo mais que prá mim para consolidar, para fechar [...] tenho hoje uma consultoria e essa consultoria tem me dado suporte nisto [...] implementei o relatório trimestral [...] através desses relatórios já ajudou a formar o Relatório Anual de Gestão [...] dentro das orientações de como se elabora [...] O Planejamento [...] toma muito como base o que foi elaborado a nível de Plano Municipal de Saúde, [...] acompanhando indicador, [...] basicamente em cima dos instrumentos legais [...] (SMS/M01).

O plano municipal foi construído [...] reuniões junto com o conselho municipal [...] foi discutido entre as coordenações, entre as unidades de saúde, colocamos a comunidade e dali nós traçamos algumas necessidades que a comunidade também apresentou e as necessidades também que a própria equipe observou [...] O relatório de gestão a gente se reuni [...] a coordenadora da atenção básica fica de fato responsável [...] avaliação através dos relatórios de saúde, através do plano municipal, através do plano anual [...] tenta colocar em prática, nós ainda fazemos uma avaliação particular aqui do próprio município [...] (SMS/M02).

[...] fazendo o levantamento das necessidades, dos nossos problemas, quais são as áreas que a gente mais observa necessidade de implementar ações, toda a equipe é envolvida. (CVS/M01).

Na realidade sentou eu, o gestor e uma das enfermeiras da unidade [...] elaboramos baseado no que a gente via que tinha mais necessidade. (CAB e CVS/M02).

Participo das reuniões dando opiniões, passando informações quando necessárias. (DH/M02).

Nos municípios estudados os gestores referiram a utilização dos instrumentos de planejamento, instituídos pela Portaria nº 3.085/2006 servindo como base de organização e funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS e precisam ser elaborados por imposições legais. Foi possível identificar a existência de práticas de planejamento com distintos formatos nas falas dos entrevistados, sendo que o processo de elaboração destes aproximava-se da noção de práticas estruturadas de planejamento, vez que dispunham de uma determinada padronização normativa, externa à organização.

Planejamento é um termo largamente utilizado no cotidiano da política e da administração, tanto na esfera pública quanto na esfera privada, entendido como um processo de racionalização das ações humanas que consiste em definir proposições e construir a sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas (TEIXEIRA, 2010).

Vilasbôas (2006) afirma que o ato de planejar consiste em desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade, e, que esta ação realizada por atores sociais, orientada por um propósito relacionado com a manutenção ou modificação de uma determinada situação. Afirma ainda, que quando o objeto do estudo são as práticas de saúde realizadas em uma instituição, pode-se admitir que as práticas de planejamento agissem sobre a organização das práticas de saúde de modo a torná-las coerentes com os princípios orientadores da finalidade da ação institucional, contribuindo para a implementação das políticas de saúde.

Complementando os aspectos referentes ao planejamento em saúde, torna-se necessário a incorporação de práticas avaliativas e, nesse sentido destacam-se as seguintes falas:

Através dos relatórios, eu cobro muito relatório das ações, através dos próprios sistemas, de sentar para avaliar o SIAB, de ver as notificações como é que estão [...] esse acompanhamento [...] dou uma olhada no consolidado [...] sinalizo alguma coisa e ai fica a critério das meninas [...] (SMS/M01).

A avaliação [...] vem através do relatório de gestão [...] dessas informações a gente avalia [...] faz uma apresentação para todas as equipes das unidades de saúde [...] vai traçar o que nós alcançamos o que foi pactuado e avaliado. A gente tem a coordenadora da atenção básica que é responsável de fato por esta avaliação [...] (SMS/M02).

Com este estudo do pacto que a gente está começando a avaliar [...] é uma coisa nova. Quem participa são os enfermeiros coordenadores e odontólogos, médicos a gente não pode contar [...] (CAB/M01).

[...] todo final de ano é feito uma supervisão de tudo que foi desenvolvido durante o ano [...] a comunidade que responde, através de um questionário [...] o que é que eles acham do serviço, de cada profissional, do serviço que a unidade ta oferecendo, eles colocam sugestões [...] é uma forma de buscar melhoria [...] é uma avaliação que é feita pela população [...] (CAB e CVS/M02).

Agora eu to fazendo avaliação do processo de trabalho a partir das fichas [...] ações de vigilância [...] orientando as equipes, esta encaminhando para as equipes as informações [...] (CVS/M01).

A gente faz uma análise baseada nas notificações que as unidades mandam [...] todas as informações que vem, sejam das unidades ou do hospital [...] passa a analisar e ver o que é que a população ta tendo mais [...] (CVS/M02).

[...] porque a gente tem representações da comunidade, temos parceiros [...] através de um simples administrador de um distrito [...] diretamente não, mas, indiretamente sim, tem participação. (SMS/M01).

[...] um dos maiores objetivos nosso [...] é levar à comunidade hoje a ter uma participação, pra que ela possa entender, de fato, que a saúde acontece [...] nós temos investido muito nesse papel aqui de trazer a comunidade [...] que a comunidade participe de fato. A conferência municipal [...] nós temos levado pela primeira vez a pré-conferência á zona rural [...] prá que de fato a comunidade venha participar, tenha a sua participação. (SMS/M02).

A comunidade ela só participa nas pré-conferências [...] tem a proposta de fazer os conselhos locais de saúde [...] (CAB/M01).

Pode-se perceber nos discursos dos entrevistados a iniciativa de introduzir práticas de avaliação para organizar o processo de trabalho na SMS, sendo que os

instrumentos de planejamento aparecem como base para a realização das práticas avaliativas. Identificamos a realização do diagnóstico situacional e do acompanhamento das ações desenvolvidas, como também o incentivo a participação popular, embora apareçam contradições com relação a esta participação.

Vieira-da-Silva (2005) refere-se à avaliação como o julgamento que se faz sobre uma intervenção ou qualquer um dos seus componentes para auxiliar a tomada de decisões, diferente do monitoramento que diz respeito ao processo avaliativo, envolvendo a coleta, processamento e análise sistemática de informações e indicadores de saúde selecionados a fim de observar se ações programadas estão sendo realizadas de acordo com o planejado e se estão alcançando os resultados esperados.

A implementação do SUS no Brasil vem exigindo a incorporação de uma nova cultura e práticas de avaliação da gestão, em decorrência do complexo processo de descentralização da saúde e da necessidade cada vez maior de adequar a linha do cuidado prestada pelos serviços de saúde as necessidades e demandas da população (BRASIL, 2007c).

A avaliação da satisfação dos profissionais no exercício de sua função é apresentada nas falas a seguir:

Eles estão satisfeitos [...] não pode generalizar, a gente ta trabalhando com concursado isso mudou muito a cara da satisfação [...] as pessoas só vê os direitos deles e não vê os deveres [...] (SMS/M01).

A gente nunca mediu [...] a maioria trabalha aqui com satisfação [...] tem uma preocupação na questão de dar melhores condições de trabalho pra eles, a questão financeira também, de pagar em dia [...] (SMS/M02).

Estão insatisfeitos [...] principalmente a nossa categoria com relação a salário, valorização profissional, PCSS, desprecarização do serviço, tudo isso gera insatisfação. A gente não tem insalubridade, a gente não tem nada (CAB/M01).

[...] agradar o ser humano é muito complicado [...] eles nunca estão satisfeitos [...] é difícil você conseguiu dizer que eles estão assim super satisfeitos [...] o município tem tentado proporcionar condições de trabalho, materiais, proporcionar salário em dia [...] (CAB/M02).

Incongruências aparecem quanto à satisfação dos trabalhadores de saúde, além da divergência entre o discurso dos gestores e coordenadores da atenção básica, onde os gestores consideram que os trabalhadores estão satisfeitos, enquanto observa-se nos

discursos dos coordenadores certo descontentamento no que se refere às condições de trabalho, destacando a ausência de Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), resultando na precarização do serviço, desvalorização profissional e baixos salários.

Diante da complexidade e dos problemas enfrentados na gestão de pessoas, o Ministério da Saúde criou em 2004, por meio da Portaria GM/MS n. 626, de 8 de abril de 2004, uma Comissão Especial para elaboração das Diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do âmbito do SUS, considerando que o principal problema identificado em relação ao trabalhador de saúde é a ausência de um PCCS, associada à indefinição de uma política para o campo e à ausência de ações de planejamento e programação, levando a uma situação de remuneração insuficiente, diversidade de contratos e precarização das relações de trabalho (BRASIL, 2007b).

Enquanto que Vidal (2010) enfatiza que o processo de trabalho em saúde é complexo, dinâmico, diversificando-se, principalmente, de acordo com os atores, com os saberes utilizados, pelas necessidades de saúde a serem atendidas e o cenário/local da prática de saúde a ser elaborada, e que o trabalhador em saúde deve lembrar sempre que o seu “fazer” atende a necessidades não-materiais e subjetivas, e isto nos leva a refletir acerca de sentimentos, incertezas, inseguranças e fragilidades do ser humano, e, o existir ou não do resultado final, o meio utilizado para alcançá-lo e a finalidade ali embutida, podem refletir em ganhos ou prejuízos à vida do usuário e também do trabalhador.

As dificuldades encontradas no exercício da função podem ser observadas nas falas dos informantes.

Só com profissionais, eu tenho autonomia graças a Deus, eu tenho liberdade para atuar [...] a questão são os profissionais, os recursos humanos (SMS/M01).

A dificuldade é [...] não alcançar aquilo que gostaríamos [...] de fazer acontecer o que de fato o SUS pretende [...] a gente tem como fazer mais, mas não consegue devido a algumas barreiras, tem a questão financeira, administrativa e outras coisas (SMS/M02).

Dificuldade sempre existe [...] dificuldade muitas vezes de recursos humanos [...] tem um pouco de dificuldade no desenvolvimento das ações [...] (CAB/M01).

[...] uma das que se torna mais difícil é a questão da pessoa, dos profissionais [...] mas quando você tá na coordenação [...] você fica na espera da atividade de alguém, você tem que tá cobrando [...] pra mim é um dos pontos mais complicados (CAB/M02).

[...] dificuldades que eu mais estou tendo é com relação ao sistema [...] os profissionais não sabem a importância da notificação [...] recebo muita notificação semanal negativa [...] (CVS/M01).

[...] a maior dificuldade é [...] que a gente tem que tá alimentando o sistema [...] essa informação elas demoram de chegar [...] às vezes elas chegam tardiamente [...] a maior dificuldade é esta, a informação vir da unidade até a gente [...] isso dificulta a gente tá alimentando o sistema [...] a gente tem prazos pra cumprir [...] (CVS/M02).

[...] mão de obra precisa ser qualificada [...] aptidão dos funcionários [...] dificuldades na questão de um suporte maior, de uma referência maior nos casos de emergência e urgência (DH/M02).

[...] a logística e a estrutura, [...] a gente não tem um computador específico [...] a Secretaria de Saúde também é um pouco pequena pra o atendimento [...] (TAR/M02).

A maioria dos informantes, a exceção do técnico autorizador de regulação, entende que a maior dificuldade está relacionada ao desempenho dos trabalhadores de saúde, que em sua maioria não conseguem dar conta de cumprir suas atribuições no exercício da função.

Diante desta situação, o sistema de saúde brasileiro incorporou a terceirização de serviços, mas o faz de modo igualmente preocupante para a formação harmônica das equipes e para a boa condução das políticas e práticas, tanto na assistência quanto nos setores responsáveis pela gestão, nas três esferas de governo. Assim, emerge a necessidade de incorporação de novas competências dos trabalhadores e gestores, o que implica redefinir as formas de recrutar, selecionar, atualizar e manter os profissionais em suas respectivas atividades, utilizando instrumentos gerenciais que de respostas às necessidades de organização do sistema e diminuam as barreiras com relação ao seu funcionamento (BRASIL, 2007b).

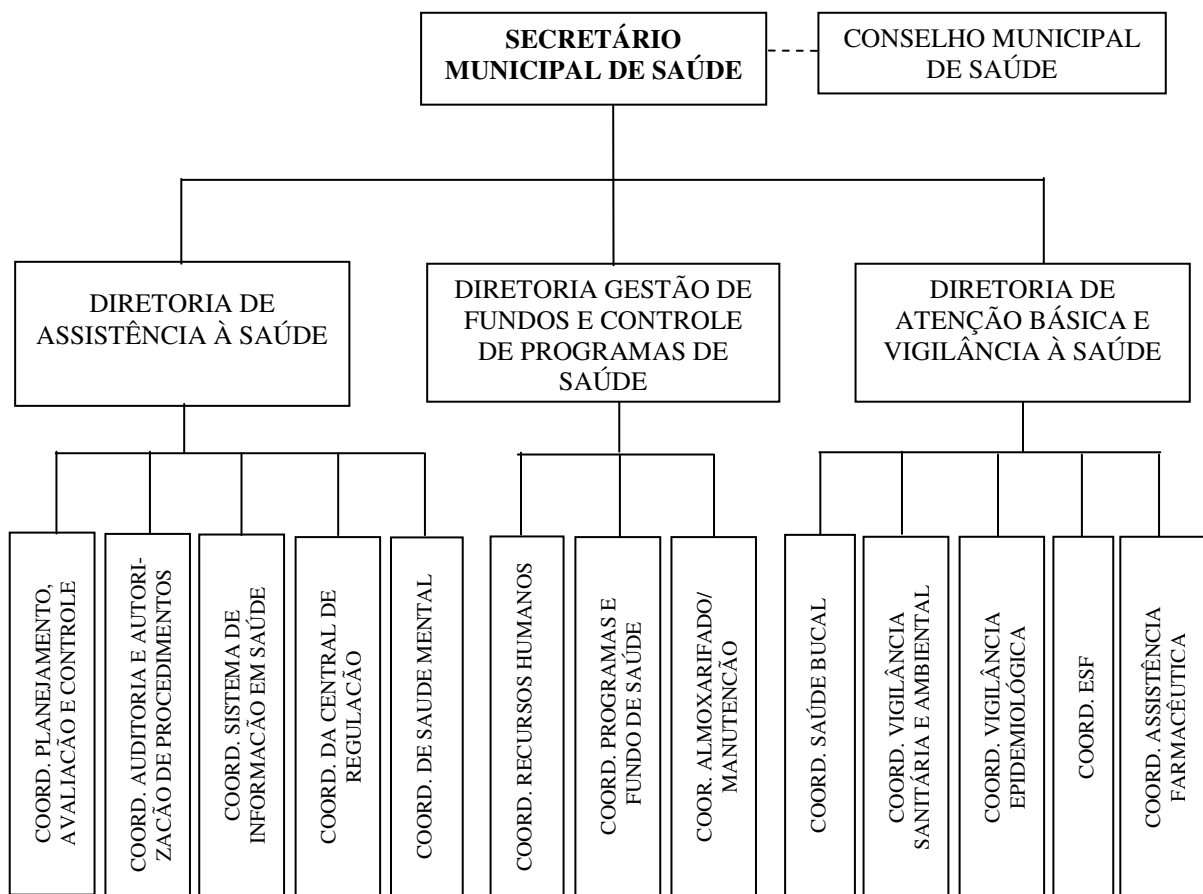
A gestão do trabalho pressupõe que o gestor tenha clareza de que só será possível a consolidação do SUS se implementarem uma política de valorização do trabalhador de saúde. Para tanto, o trabalhador deve ser visto como um sujeito no seu processo de trabalho que pode contribuir significativamente com o planejamento, formulação e execução das ações de saúde. É importante que ele participe das decisões



e se sinta co-responsável na execução das ações. Para que isto aconteça, é necessário promover um ambiente de trabalho democrático, saudável e participativo que possibilite o “sentimento de pertencimento” (BRASIL, 2009a).

Doravante passaremos a discorrer sobre as informações referentes à análise documental.

A SMS do município 01 foi criada através de Lei de 479 de 22 de Julho de 1999. Em 23 de dezembro de 2009, a Lei N° 646/2009 altera o capítulo 8 art.65; art 66; art. 67 da lei 479 de 22 de julho de 1999 e altera Anexo I – Cargos Comissionados da Lei Municipal 637, de 20/02/2009 (Dispõe sobre a organização e estrutura da Secretaria Municipal de Saúde, fixa princípios e diretrizes de gestão e dá outras providências). Ficando a sua estrutura organizacional da seguinte forma (Figura 01):



**Figura 01** – Organograma da SMS do município 01, Bahia, 2011.

Ao analisarmos a estrutura organizacional legalmente instituída, temos uma divergência com relação ao identificado no momento das observações *in loco*, pois na prática não encontramos os cargos que aparecem no organograma da SMS (Figura 01).

O Plano Municipal de Saúde (PMS) 2010- 2013 do município 01 se apresenta bem estruturado, contemplando os momentos estabelecidos no âmbito do Sistema de Planejamento do SUS, a análise de situação de saúde; identificação dos problemas e prioridades e a formulação dos objetivos, diretrizes e metas. Na análise de situação de saúde encontra-se o processo de identificação, formulação e priorização de problemas. As condições de saúde da população estão bem sistematizadas, compreendendo aspectos geográficos, aspectos demográficos e aspectos econômicos.

São apresentados ainda, os dados referentes à produção ambulatorial, internações hospitalares, ações da vigilância epidemiológica, produção de serviços da vigilância sanitária e indicadores de saúde, não aparecendo os dados dos levantamentos epidemiológicos da Saúde Bucal. Com relação aos objetivos, diretrizes e metas, identificamos algumas fragilidades, vez que estão apresentadas para os quatro anos de vigência do PMS.

Na referida análise identificou-se ainda as seguintes vertentes: Vigilância à Saúde, Atenção Básica, Assistência ambulatorial especializada, Assistência hospitalar e Assistência Farmacêutica (PMS/M01).

O Relatório Anual de Gestão (RAG) 2010 do município 01 foi elaborado com base no modelo disponibilizado pelo MS através do Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS). Neste apresenta-se a avaliação dos resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (PAS) detalhada por linha de ação, porém a maioria das metas programadas não foi alcançada. Aparecem os dados demográficos, epidemiológicos e de morbi-mortalidade. Apresenta também a rede física da atenção básica e os indicadores do Pacto, sendo que estes apresentaram resultados inferiores à meta programada.

O demonstrativo da utilização de recursos informado no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e os indicadores financeiros estão detalhados no RAG, destacando que o município apresentou uma participação de 17,44% da receita própria aplicada em saúde, maior do que o

estabelecido pela EC 29/2000. O demonstrativo orçamentário foi bem detalhado. Nas considerações finais são destacadas algumas metas da PAS que deverão ser priorizadas em 2011, a saber: ampliar a cobertura populacional da estratégia de Saúde da Família; qualificar os Conselheiros Municipais de Saúde e divulgar as ações dos Conselhos de Saúde a nível municipal e local (RAG 2010/M01).

Não aparece no PMS 2010-2013 nem RAG 2010 do município 01, a composição do Conselho Municipal de Saúde (CMS) do município 01, porém no momento da observação direta constatamos o funcionamento do CMS através do livro de ata. Este é composto por doze conselheiros, sendo que a presidente é representante dos trabalhadores de saúde.

No município 02, o PMS não apresenta nenhum organograma da estrutura organizacional da SMS, porém descreve a sua composição: Gabinete do Secretário Municipal de Saúde; Departamento de Assistência à Saúde: Coordenação das Unidades de Saúde da Família, Núcleo de Informação em Saúde, Assistência Farmacêutica Básica e Diretor do Hospital Municipal; Departamento de Vigilância à Saúde: Coordenação de Vigilância Sanitária e Coordenação de Vigilância Epidemiológica; Departamento da Atenção Básica (PMS 2010-2013/M01).

Em consonância com o estabelecido pelo Sistema de Planejamento do SUS, o PMS 2010-2013 do município 02 apresenta a maioria dos momentos indicados, análise da situação de saúde, identificação dos problemas e prioridades e programação operativa. Entretanto, apesar de ser elencada como momento prioritário, a programação orçamentária para custear as ações propostas não está discriminada, não apresentando nenhum demonstrativo financeiro nem orçamentário. A parte inicial da análise de situação de saúde apresenta inconsistência na sua elaboração, só aparecem dados demográficos e indicadores de saúde selecionados (cobertura vacinal, coeficiente de mortalidade geral, CMI), não apresentando também levantamento epidemiológico em saúde bucal.

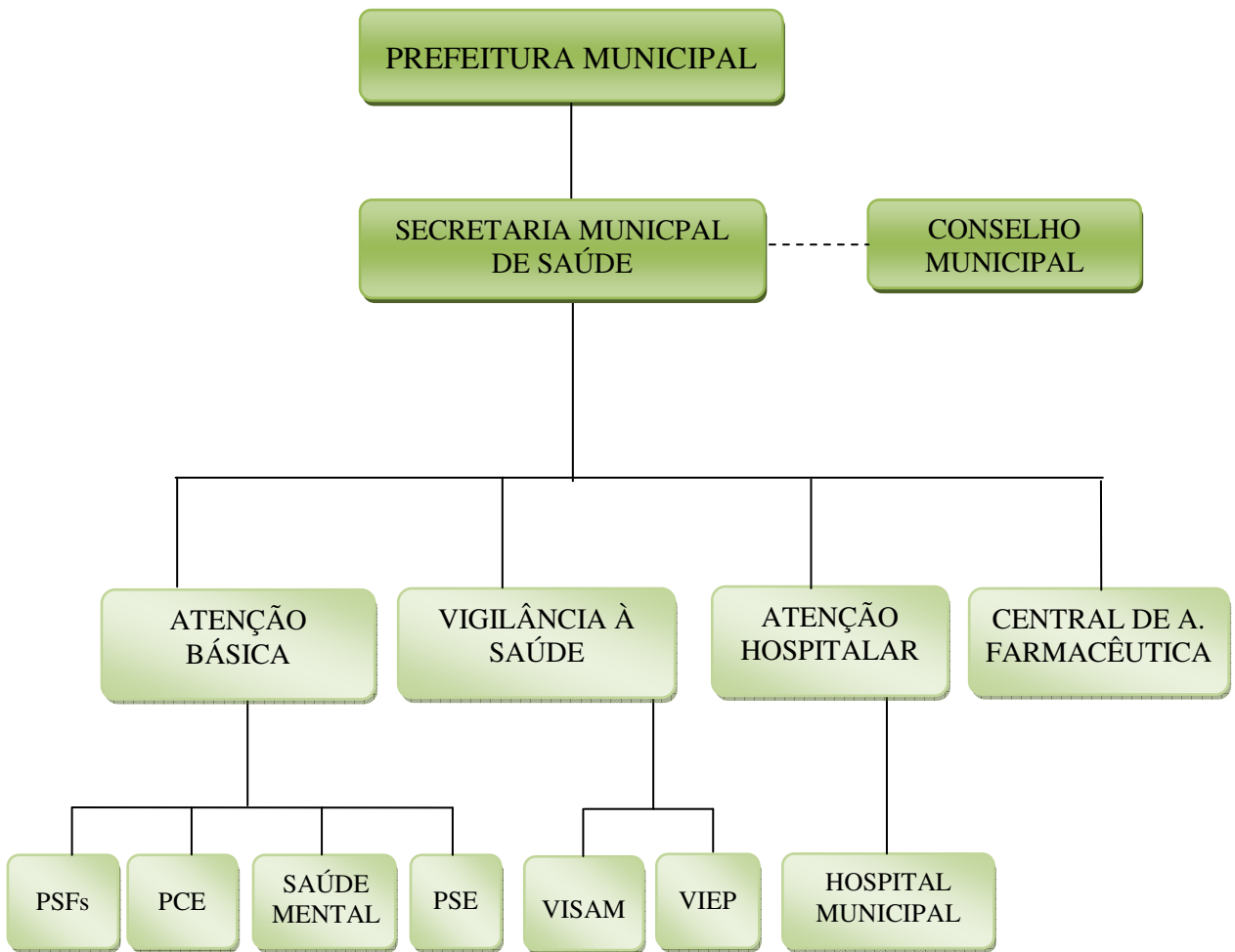
No PMS 2010-2013 foram trabalhados todos os momentos do planejamento e programação local em saúde, identificação dos problemas de saúde da população e dos problemas do sistema de serviços de saúde; priorização de problemas; construção da

rede explicativa dos problemas priorizados através da árvore de problemas; estabelecimento de objetivos por áreas de compromisso prioritárias, a saber:

- Redução da Mortalidade Infantil e Materna;
- Controle de Doenças e Agravos Prioritários;
- Reorientação do Modelo Assistencial e Descentralizado;
- Melhoria da Gestão, do Acesso e da Qualidade das Ações e Serviços de Saúde;
- Desenvolvimentos de Recursos Humanos do setor Saúde;
- Qualificação do Controle Social;
- Vigilância Sanitária.

Cabe salientar que para cada área de compromisso prioritária foi elaborada uma programação operativa contendo os objetivos, as metas, as atividades, os responsáveis pela execução das atividades, o prazo de realização de cada atividade e os indicadores de avaliação (PMS 2010-2013/M02).

No RAG 2010 do município 02 a estrutura organizacional da SMS aparece devidamente colocada no organograma a seguir (Figura 02).



**Figura 02** – Organograma da SMS do município 02, Bahia, 2011.

O CMS do município 02 está em funcionamento e a sua composição foi detalhada no PMS, sendo composto por doze membros, os quais estão distribuídos de forma paritária: seis com representação de trabalhadores de saúde, governo e prestadores de serviço e seis representantes de usuários, em consonância com o que está disposto na Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003, do Conselho Nacional de Saúde. As reuniões são normalmente realizadas no final de cada mês na sede da SMS (PMS 2010-2013/M02).

A tabela 05 ainda descreve a estrutura da Atenção Básica, indicadores de avaliação selecionados e sua relação com os demais níveis de complexidade do sistema de saúde.

O PACS foi implantado nos dois municípios estudados no ano de 1992, enquanto a ESF foi implantada nos municípios 01 e 02 respectivamente nos anos de 2005 e 2001. No município 01 a cobertura da ESF é de 84,73, sendo 22,67 % de PSF e 62,06% de PACS, enquanto no município 02 é de 100%. Considerando o que dispõe a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, no município 01 o número de famílias cadastradas no SIAB encontra-se acima do preconizado, já no município 02 abaixo do preconizado.

Nos indicadores de avaliação da atenção básica, encontra-se o número de consultas médicas nas especialidades básicas, sendo que no município 01 foi de 0,93 e o município 02 apresentou 0,73 consultas médicas básicas/hab./ano, os dois estão abaixo do preconizado pelo MS, de acordo com a Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002, que estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS, sendo de 1,06 a 1,67 consultas médicas básicas/hab./ano. E de forma intrigante, o RAG do município 02 apresenta um número de consultas ambulatoriais no hospital (n=14.287) maior que as consultas realizadas na ESF (n=9536), mesmo tendo 100% de cobertura da ESF. O município 01 só dispõe de dados disponibilizados pela ESF com relação à consulta médica, vez que não possui nenhuma outra unidade de saúde cadastrada para este tipo de atendimento ambulatorial.

Na avaliação da média complexidade, o município 01 dispõe de alguns serviços (patologia clínica, diagnose e consultas especializadas), mesmo não recebendo recurso para prestar assistência nesse nível de atenção à saúde, só contando com uma policlínica privada credenciada ao SUS. Entretanto, grande parte dos procedimentos de média complexidade e todos de alta complexidade são referenciados. O município 02 possui um hospital municipal e por conta disso grande parte dos procedimentos de média complexidade é realizada no próprio município, porém todos os procedimentos de alta complexidade são referenciados.

Não existe complexo regulador nos municípios-caso, a regulação é feita pelo município de referência, tanto dos serviços ambulatoriais, procedimentos eletivos quanto das urgências e emergências. As consultas e exames especializados são marcados *on line* através de um Sistema de Regulação, Controle e Avaliação

disponibilizado pelo município de referência. Os procedimentos eletivos são realizados mediante autorização prévia do médico autorizador também do município de referência. No que diz respeito às urgências e emergências, são reguladas pelo Serviço Móvel de Urgência (SAMU) ou pela Central de Regulação de Leitos, de acordo com cada caso.

Observando ainda a tabela 05 e as informações contidas nos instrumentos de gestão, verificamos que os municípios pesquisados possuem todos os Sistemas de Informação em Saúde disponibilizados pelo MS, e, estes são alimentados regularmente, mas apresentam inconsistências, como: recebimento de número excessivo de notificações negativas, atraso no envio das informações levando ao não cumprimento do prazo para alimentar os sistemas de informação. As suas potencialidades não têm sido exploradas para servir de base ao planejamento das ações e sua utilização está focada no monitoramento dos indicadores de produção dos serviços e pactuações realizadas.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

*(...) no teu livro todas estas coisas foram escritas, as quais iam sendo dia a dia formadas, quando nem ainda uma delas havia.*

Salmos 139.16b



Neste estudo, descrevemos o processo de implementação do SUS em municípios de pequeno porte, que apresentou avanços significativos. Entretanto, muitos desafios foram encontrados, a exemplo da dependência do financiamento federal para o desenvolvimento das ações e serviços de saúde, tornando a gestão financeira vulnerável ao recebimento destes recursos; dificuldade com relação à acessibilidade dos usuários aos serviços especializados de média e alta complexidade, fazendo com que os gestores tenham que recorrer aos recursos do tesouro municipal para arcar com estas despesas, investindo parcela maior de recursos do que o estabelecido na Emenda Constitucional 29.

Outra dificuldade enfrentada pelos municípios-caso foi à inexistência de políticas voltadas à fixação de profissionais, ausência de piso salarial e nem mesmo a criação de Plano de Carreiras, Cargos e Salários, resultando na heterogeneidade de vínculos que por certo contribui para a rotatividade de profissionais nas diversas áreas de atuação do sistema municipal de saúde.

A ausência de instituição da Política de Educação Permanente foi evidenciada nos dois municípios estudados, e isto por certo tem interferido na realização de trabalho intersetorial e a articulação, interferindo dessa forma no desenvolvimento individual e institucional.

Não há dúvida da necessidade do aprimoramento do processo de planejamento em saúde nos municípios pesquisados, vez que este se constitui numa ferramenta valiosa para nortear a tomada de decisão, resultando em melhoria das condições de saúde da população. Embora tenham tomado como referência o enfoque situacional, privilegiando a identificação, descrição e análise de problemas de saúde e do sistema de saúde.

Os achados dessa pesquisa reforçam os pressupostos de que apesar do avanço na forma de gestão dos municípios estudados, esses encontram dificuldades no desempenho das atividades assumidas no Pacto de Gestão. Estas estão relacionadas à carência de pessoal qualificado, insuficiente articulação entre os diversos níveis do sistema de saúde, não cumprimento da pactuação por parte dos municípios referência, tanto na microrregião como na macrorregião.

Esses resultados levam a considerar que, os avanços expressos de forma positiva tanto nos instrumentos básicos de gestão, quanto nos relatos dos entrevistados, sobre o processo de implementação do SUS em municípios de pequeno porte da Bahia, ainda são insuficientes para impactar nas condições de vida da população.

Tais considerações levam a reflexão sobre as relações entre as três esferas de gestão, tão importantes para o processo de descentralização de políticas públicas e implementação do SUS, principalmente em municípios de pequeno porte, os quais valorizam a política de descentralização como uma possibilidade de captar recursos financeiros da União, aumentando o montante de recursos financeiros para serem aplicados na sua saúde no seu território.

Enfim, faz-se necessário uma mudança de direcionalidade na política municipal de saúde dos municípios-caso, tanto na gestão do sistema, quanto na reorganização do modelo de atenção, por meio de maior relação com os trabalhadores de saúde e usuários do sistema de saúde, que pode contribuir para superação de práticas burocráticas, clientelistas e ritualísticas que ainda permanecem no cotidiano da gestão pública em saúde.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELA, L.; MATTOS, M. Sistema de saúde brasileiro: dilemas da universalização. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 61, p.137-154, 2002.

ASSIS, M. M. A; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p.815-823, 2003.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Ed. Rev. e Atual. Lisboa: Edições 70, 2009.

BEDASEE, R. **Violência e ideologia feminista na obra de Clarice Lispector**. Salvador: Editora da UFBA, 1999.

BEDASEE, R. Simone de Beauvoir e a crítica feminista. In: MOTTA, A. B.; SARDENBERG, C.; GOMES, M. (Orgs.). **Um diálogo com Simone de Beauvoir e outras falas**. Coleção Bahianas, v. 5. Salvador: NEIM/UFBA, 2000. p.108-123.

BERTOLLI FILHO, C. **História em movimento: história da saúde no Brasil**. São Paulo: Ática, 1996.

BELTRÃO, K. I., CAMARANO, A. A., KANSO, S. **Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Leis, decretos. Lei n.8.080, de 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990a.

\_\_\_\_\_. Leis, decretos. Lei n.8.142, de 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 de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990b.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.212 de 24 de julho de 1991. **Lei Orgânica da Seguridade Social**. Brasília. 1991.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 454, de 20 de maio de 1993. Aprova a Norma Operacional Básica / SUS nº 01/93. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 de maio de 1993.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica - NOB**. Brasília-DF, 1996.

\_\_\_\_\_. **Norma Operacional da Assistência à Saúde**. NOAS-SUS 01/2001. Gabinete do Ministro. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência a Saúde - NOAS**. Brasília-DF, 2002a.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde** – Brasília: CONASS, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 198/GM/MS**, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e da outras providencias. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica/Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica, nº. 17**. Brasília, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão do Trabalho na Saúde/ Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2007b. 116p.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais**. Brasília: CONASS, 2007c. 262p.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **Construindo o SUS**. Brasília: CONASEMS, 2007d.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Distrito Federal/Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Brasília: CONASEMS, 2009a. 200p. (REFLEXÕES AOS NOVOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva**. Brasília-DF: O Ministério; 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. Rio de Janeiro: IPEA, 2002.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. e. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A. A. (org.). **Os Novos Idosos Brasileiros muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004, p. 25-73.

CECCIM, R. B. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário**. Interface – Comunicação, Saúde e Educação, v. 9, n. 16, p.161-8, 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para área de saúde: ensino, gestão atenção e controle social. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

COLLINS, C.; ARAÚJO, J.; BARBOSA, J. Decentralising the health sector: issues in Brazil. **Health Policy**, Amsterdam, v. 52, n. 2, p. 113-127, june. 2000.

CONTANDRIOPOULOS, D. **Criar organizações para reformar os sistemas, 2005**. [S.l.: s.n., 2005]. Disponível em: <<http://www.colufra.umontreal.ca/pt/html/documents/criarorganizaçoesparareformar.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2012.

FERREIRA, V. S. C. et al. Processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 898-906, abr., 2009.

GASTÃO, W. S. C. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.

IBGE. **Censo 2010**. Disponível em: <www.ibge.gov.br/censo2010>. Acesso em: 19 nov. 2011.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos da Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 2003.

LANIADO, R. N.; MILANI, C. R. S. Contestação política e solidariedades transnacionais: A contribuição política dos movimentos feministas e das redes ambientalistas para uma Nova Ordem Mundial. In: SEMINÁRIO NACIONAL MOVIMENTOS SOCIAIS, PARTICIPAÇÃO E DEMOCRACIA, 2., 2007, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 2007, p. 1-15.

LEONE, E. O trabalho da mulher em regiões metropolitanas brasileiras. In: PRONI, M. W.; HENRIQUE, W. (Org.). **Trabalho, mercado e sociedade**. O Brasil nos anos 90. São Paulo: UNESP, 2003.

LIMA, L. D. **Federalismo, Relações Fiscais e Financiamento do Sistema Único de Saúde**: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais. Rio de Janeiro, 2006.

\_\_\_\_\_. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, 2007; v. 12, n. 2, p. 511-522.

LUCCHESI, P. T. R. **Políticas Públicas em Saúde Pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

MAGALHÃES, J. S. **Planejamento em saúde no programa saúde da família em Jequié – BA**: a dialética entre a teoria e a prática. Feira de Santana, 2006.

MENDES, E. V. **Revisão Bibliográfica sobre Redes de Atenção à Saúde**. Belo Horizonte, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 2008.

NEVES, M. A. Trabalho feminino e formação profissional. In: COSTA, A. A. et al. (Org.). **Um debate crítico a partir do feminismo**: reestruturação produtiva, reprodução e gênero. São Paulo: CUT, 2002.

OLIVEIRA, L. A. P.; MENDES, M. M. S. Mortalidade infantil no Brasil: tendências recentes. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Os muitos Brasis**: saúde e população na década de 80. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 291-303.

OPAS. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

PAIM, J. S. Direito à Saúde, Cidadania e Estado. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**, 1986. p. 45-59.

\_\_\_\_\_. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. ALMEIDA FILHO, N. (Orgs). **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, p.455-66.

\_\_\_\_\_. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

\_\_\_\_\_. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**, Salvador, 2007. 300p.

\_\_\_\_\_. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Série Lancet. 2011.

PAIM, J. S., ALMEIDA FILHO, N. 2000. **A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

PALMEIRA, M. J.; LECHNER, F. **As mutações sociais e as políticas públicas**. Bahia Análise & Dados, Salvador, v. 6, n. 1, p. 81-85, 1996.

\_\_\_\_\_. **As Mutações Sociais e as Políticas Públicas**. Disponível em: <[http://www.cedeca.org.br/PDF/mutacoes\\_maria\\_palmeira.pdf](http://www.cedeca.org.br/PDF/mutacoes_maria_palmeira.pdf)>. Acesso em: 19 nov. 2011.

PINHEIRO, R. P., SILVA JR., A. G. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde: uma proposta para estudos de processos avaliativos na Atenção Básica. In: PINHEIRO, R. P., SILVA JR., A. G.; MATTOS, R. A. **Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2008.

PIZZO, L. G. P. **Mortalidade infantil em Londrina (PR) em anos recentes: características e percepções de gestores e profissionais de saúde**. Londrina, 2010

RODRIGUES NETO, Eleutério. **A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde**. Textos Técnicos para Conselheiros de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. **SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos, aspectos jurídicos, administrativos e financeiros.** Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007. 165p.

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

SOLLA, J. J. S. P. Avanços e Limites da Descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p.332-348, jul./dez. 2006.

SÓTER, A. P. M. **O papel da esfera estadual na gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde: o estudo de caso Pernambuco.** Recife, 2009.

TEIXEIRA, E. C. **O Papel das Políticas Públicas no Desenvolvimento Local e na Transformação da Realidade.** AATR-BA. 2002.

TEIXEIRA, C. F. **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências.** Salvador: EDUFBA, 2010. 161p.

TREVISAN, L. N.; JUNQUEIRA, L. A. P. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p.893-902, 2007.

VIANA, A. L. A.; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p.807-817, 2009.

VIDAL, L. M. **Processo de Trabalho na Prática Gerencial: desafios para um novo ‘fazer’ em Saúde da Família.** Jequié, 2010.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, p. 331-9, 1999.

\_\_\_\_\_. Conceitos, Abordagens e Estratégias para Avaliação em Saúde. In: HARTZ Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Orgs). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de saúde.** Rio de Janeiro/ Salvador: Editora Fiocruz/EDUFBA, 2005.

VILASBÔAS, A. L. Q. **Práticas de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal.** Salvador, 2006. 129p.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos,** 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. 248p.



## **ANEXOS**



## ANEXO A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO


Prezado Senhor(a),

Com o objetivo de contribuir para a melhoria das condições de saúde da comunidade e dos serviços prestados pelos profissionais, pedimos a permissão para a coleta de dados, por meio de questionário semi-estruturado, entrevistas e observação livre. Os dados coletados serão analisados e poderão ser divulgados em eventos científicos, respeitando os direitos do cidadão previstos nos princípios éticos da pesquisa e garantindo o anonimato. Os dados serão coletados dos gestores e gerentes da saúde do município, profissionais que fazem parte das Equipes de Saúde da Família e usuários do serviço da ESF. Esta pesquisa poderá servir de parâmetros para uma melhor compreensão das ações da Estratégia Saúde da Família que vem sendo desenvolvido neste município. A referida pesquisa será desenvolvida por discentes e docentes do Programa de Pós-Graduação Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia e outros discentes do Departamento de Saúde desta instituição.

Esperando contar com vossa colaboração, agradecemos vossa atenção desde já colocando-nos a disposição para futuros esclarecimentos. Telefones para contato, caso haja alguma dúvida, são: UESB:3528-9738, Cezar Augusto Casotti: 3526-1306.

Sem mais, aproveito para reiterar os meus votos de estima e consideração.

Atenciosamente,

  
Pesquisador do Projeto

#### AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado e esclarecido sobre as características da pesquisa "A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DA 13ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA", autorizo a realização de coleta de dados para a pesquisa, reservando-me o direito desistir da mesma, a qualquer momento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2011

.....  
Nome

.....  
Assinatura

ANEXO B: Roteiro de entrevista para o Secretário Municipal de Saúde



*Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB*

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde**

## ROTEIRO ENTREVISTA PARA O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Nº \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### I – PERFIL (formulário)

01 – Município ( )

02 – Idade ( )

03 – Gênero Masculino ( 1 ) Feminino ( 2 )

04 – Reside no município? Sim ( ) Não ( ).

05 - Em caso afirmativo, há quanto tempo? \_\_\_\_\_

06 – Escolaridade: fund. Inc.( 1 ) fund. completo( 2 ) médio incompl.( 3 ) médio completo( 4 ) sup. incompl ( 5 ) sup. completo( 6 ) pós-graduado( 7 )

07 - Formação graduação \_\_\_\_\_

08 - Formação pós-graduação \_\_\_\_\_

09 - Tempo de ocupação do cargo: \_\_\_\_\_

10 - Já atuou em outro cargo de gestão? Sim ( ) Não ( )

11 - Em caso afirmativo, qual?

12 - Tem vínculo empregatício com este município? Sim ( ) Não ( )

13 - Em caso afirmativo, qual tipo de vínculo? Contratado ( 1 ) concursado( 2 )

14 - Qual a função exercida no vínculo supracitado?

15- Realizou algum curso de capacitação para a função atual? Sim ( ) Não ( )

16 - Qual: \_\_\_\_\_

17 - Onde:

18 - Tempo de duração:

19 - Tem feito atualizações/aperfeiçoamento? Sim ( ) Não ( )

20 - Onde:

21 - Em função do seu cargo atual, identifica a necessidade de educação permanente? Sim ( ) Não ( )

22 - Em caso afirmativo, em qual área:

### II – CONHECIMENTO ACERCA DO SUS

23 - Qual o seu entendimento sobre SUS?

### III – PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO

- 24 - Quais os principais problemas/necessidades de saúde enfrentados por este município?
- 25 - Quais os principais problemas/necessidades enfrentados pelos serviços de saúde?
- 26 - Quais as áreas prioritárias em sua gestão?
- 27 - Por quê?
- 28 - Como se dá o planejamento das ações de saúde em sua gestão?
- 29 - Quem é responsável pela condução do planejamento?
- 
- 30 - Qual a formação desse responsável?
- 
- 31 - Como é construído o Plano municipal de saúde? (processo, sujeitos envolvidos, etapas)
- 32 - Você participa da elaboração do plano municipal?  
 Sim ( ) Não ( ) Às vezes ( )
- 33 - O CMS participa da elaboração do Plano Municipal?  
 Sim ( ) Não ( ) Às vezes ( )
- 34 - Os indicadores de saúde são utilizados para elaboração do plano?  
 Sim ( ) Não ( ) Às vezes ( ) De que forma?
- 35 - A gestão envolve a comunidade no planejamento e acompanhamento das ações em saúde? Sim ( ) Não ( ) Às vezes ( )
- 36 - Em caso afirmativo como acontece esta participação?
- 37 - Na sua gestão são realizadas ações de avaliação das ações em saúde no município?  
 Sim ( ) Não ( )
- 38 - Em caso afirmativo, como são realizadas as avaliações?
- 39 - Quem é responsável pela condução das avaliações? \_\_\_\_\_
- 40 - Qual a formação desse responsável? \_\_\_\_\_
- 41 - Como é construído o Relatório de gestão no município?
- 42 - Você participa da elaboração do Relatório de gestão no município?  
 Sim ( ) Não ( ) Às vezes ( )
- 43 - O Conselho Municipal de Saúde participa da elaboração do Relatório de Gestão?  
 Sim ( ) Não ( ) Às vezes ( )
- 44 - A SMS alimenta algum sistema de informação para dados de média e alta complexidade? Sim ( ) Não ( ) Qual?
- 45 - A demanda reprimida da Média e alta complexidade é analisada? Sim ( ) Não ( )  
 Como ocorre? \_\_\_\_\_
- 46 - Os dados desse sistema são analisados? Sim ( ) Não ( ) Às vezes ( )
- 47 - Esses dados são utilizados pela gestão para planejamento das ações? Sim ( ) Não ( )  
 De que forma? \_\_\_\_\_
- 48 - É realizado planejamento das ações de Média e Alta Complexidade no município?  
 Sim ( ) Não ( ) Como ocorre?

### IV – ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

- 49 - Qual a sua avaliação a respeito da infra-estrutura disponibilizada pelos serviços públicos de saúde deste município?  
 péssima( 1 ) ruim( 2 ) regular( 3 ) boa( 4 ) ótima( 5 )
- 50 - Você avalia o acesso e a cobertura dos serviços públicos no município satisfatória?  
 Sim ( ) Não ( )
- 51 - Por quê?
- 52 - Quais os serviços próprios, conveniados/contratados e pactuados?

**V – GESTÃO DO TRABALHO**

53 - Quais têm sido as formas de contratação de profissionais no município?

Concurso ( ) Contrato ( ) terceirização ( )

54 - O município dispõe de Plano de Cargos Carreira e Salário? Sim ( ) Não ( )

55 - Se não, existe intenção da gestão de implantar?

Sim ( ) Não ( ) Fale um pouco sobre isso.

56 - Existe política de educação permanente com os profissionais de saúde?

Sim ( ) Não ( ) Como ocorre?

57 - Como você avalia a satisfação dos profissionais de saúde que atuam nos serviços? (estão satisfeitos, não estão satisfeitos, com que base você afirma isso, existe mecanismo de verificação do grau de satisfação)

58 - Existe colaboração dos profissionais do município para o planejamento, avaliação e melhoria da qualidade da assistência a saúde no município? De que forma acontece?

59 - Existe rotatividade dos profissionais de saúde?

60 – Em caso afirmativo, a que você atribui?

**VI – PROCESSO DE TRABALHO**

61 - A SMS estabelece parcerias com outras secretarias do município? Sim ( ) Não ( )

62 - Com quais secretarias acontece e de que forma?

63 - Existe algum projeto conjunto em andamento? Qual?

64 - Como é a relação da SMS com a Secretaria de Estado da Bahia?

65 - De que forma ela contribui com a gestão municipal?

66 - Como se dá a relação da SMS com o Ministério da Saúde?

67 - De que forma ele contribui com a gestão municipal?

68 - O Município contrata alguma empresa de consultoria? Sim ( ) Não ( )

69 - Em caso afirmativo, quais serviços são prestados por esta empresa?

**VII - OUTROS**

70 - No exercício de sua função você encontra dificuldades? Sim ( ) Não ( )

71 - Quais?

---

---

ANEXO C: Roteiro de entrevista para o Coordenador da Atenção Básica



*Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB*

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA COORDENADOR DA ATENÇÃO BÁSICA**

Nº \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**I – PERFIL (formulário)**

01 - Município ( )

02 - Idade ( )

03 – Gênero: Masculino( 1 ) Feminino( 2 )

04 - Reside no município? Sim ( ) Não ( ).

05 - Em caso afirmativo, há quanto tempo? \_\_\_\_\_

06 – Escolaridade: fund. Inc.( 1 ) fund. completo( 2 ) médio incompl.( 3 ) médio completo( 4 ) sup. incompl ( 5 ) sup. completo( 6 ) pós-graduado( 7 )

07 - Formação graduação \_\_\_\_\_

08 - Formação pós-graduação \_\_\_\_\_

09 - Tempo de ocupação do cargo: \_\_\_\_\_

10 - Já atuou em outro cargo de gestão? Sim ( ) Não ( )

11 - Em caso afirmativo, qual?

12 - Tem vínculo empregatício com o município? Sim ( ) Não ( )

13 - Em caso afirmativo, qual tipo de vínculo? contratado( 1 ) concursado( 2 )

14 - Qual a função exercida no vínculo supracitado?

15 - Realizou algum curso de capacitação para a função atual? Sim ( ) Não ( )

16 - Qual: \_\_\_\_\_

17 - Onde:

18 - Tempo de duração:

19 - Tem feito atualizações/aperfeiçoamento? Sim ( ) Não ( )

20 - Onde:

21 - Em função do seu cargo atual, identifica a necessidade de educação permanente?  
Sim ( ) Não ( )

22 - Em caso afirmativo, em qual área:

**II – CONHECIMENTO ACERCA DO SUS**

23 - Qual o seu entendimento sobre o SUS?

### III – PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO

- 24 - O município realiza planejamento das ações da Atenção Básica? Sim ( ) Não ( )
- 25 - São utilizados os indicadores de saúde como instrumento no planejamento?  
Sim ( ) Não ( )
- 26 - Existe o envolvimento dos demais setores da SMS no planejamento da AB?  
Sim ( ) Não ( )
- 27 - Em caso de afirmativo quais seriam estes setores e de que forma acontece?
- 28 - As estratégias de implantação e implementação da ESF são planejadas junto com o CMS? Sim ( ) Não ( )
- 29 - Existe envolvimento da comunidade no planejamento e acompanhamento das ações de saúde? Sim( ) Não ( )
- 30 - Como ocorre esta participação?
- 31 - São desenvolvidas ações preventivas e de promoção da saúde? Sim( ) Não ( )
- 32 - Por que elas foram priorizadas?
- 33 - Como elas tem sido desenvolvidas?
- 34 - Você participa da elaboração do Plano Municipal Saúde? Sim( ) Não ( )
- 35 - Como é sua participação na elaboração do Plano Municipal Saúde?
- 36 - Você participa do processo da Programação e Pactuação Integrada (PPI) ?  
Sim( ) Não ( )
- 37 - São realizadas avaliações das ações da Atenção Básica? Sim( ) Não ( )
- 38 - Como ela acontece? (periodicidade / sujeitos envolvidos / processo como ela ocorre)
- 39 - As solicitações e encaminhamentos para a Média e Alta Complexidade são monitoradas pela Atenção Básica? Sim( ) Não ( ) De que forma?
- 40 - É feita análise da demanda reprimida dos procedimentos de média e alta complexidade?  
Sim( ) Não ( ) Como ocorre?
- 41 - As informações geradas pelo Sistema de Informação da Atenção Básica e demais Sistemas de Informação são utilizadas para avaliar as ações da Atenção Básica e demandas de outros níveis de atenção? De que forma?
- 42 - A satisfação dos usuários com a Atenção Básica é avaliada pela gestão?  
Sim( ) Não ( )
- De que forma ela ocorre? Quais os instrumentos que são utilizados nesta avaliação?

### IV – ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

- 43 - Nº de Equipes de Saúde da Família \_\_\_\_\_
- 44 - Número de Unidades de Saúde da Família existentes no município \_\_\_\_\_
- 45 - Qual a cobertura da ESF? \_\_\_\_\_
- 46 - Existe PACS? Sim( ) Não ( )
- 47 - Qual cobertura do PACS? \_\_\_\_\_
- 48 - Existem Unidades Básicas de Saúde tradicionais no município? Sim( ) Não ( )
- 49 - A estrutura física das unidades de saúde atendem às necessidades da equipe e da população? Sim( ) Não ( )
- 50 - Elas atendem as exigências mínimas do Ministério Saúde? Sim( ) Não ( )
- 51 - A SMS conta com apoio técnico para construção/reformas/manutenção de unidades?  
Sim( ) Não ( )
- 52 - As unidades dispõem dos equipamentos necessários para o atendimento a população?  
Sim( ) Não ( ) Em parte ( )
- 53 - Existe manutenção periódica para estrutura física e equipamentos? Sim( ) Não ( )
- 54 - Possui equipe de saúde bucal em todas as ESF? Sim( ) Não ( )
- 55 - Qual a cobertura em saúde bucal? \_\_\_\_\_

- 56 - Existe coordenação de saúde bucal? Sim( ) Não ( )
- 57 - Os medicamentos da farmácia básica estão sendo ofertados?  
Sim( ) Não ( ) Em parte( )
- 58 - Os materiais de consumo são disponibilizados de forma satisfatória?  
Sim( ) Não ( )

## V -- PROCESSO DE TRABALHO

- 59 - São desenvolvidas ações conjuntas com outros setores/departamentos da SMS?  
Sim( ) Não ( )
- 60 - Em caso afirmativo, como tem sido sua experiência?
- 61 - São desenvolvidas atividades educativas para a população no que diz respeito ao SUS, ESF e controle social pela equipes de saúde da Família? Sim( ) Não ( )
- 62 - Existe articulação intersetorial em seu município (ações com outras secretarias do município, órgão do Estado e União, ONGs)?  
Sim( ) Não ( )
- 63 - Qual a periodicidade da alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica?  
(1) diária (2) semanal (3) quinzenal (4) Mensal (5) outros \_\_\_\_\_
- 64 - Por quê?
- 65 - Essas informações têm sido analisadas e dado retorno para as Equipes de Saúde da Família? Sim( ) Não ( )
- 66 - Em caso negativo por quê?
- 67 - Como ocorre a relação da Atenção Básica com a Média e Alta Complexidade no município?
- 68 - São realizados atendimentos às pequenas urgências nas Unidades de Saúde da Família?  
Sim( ) Não ( )
- 69 - Por quê?
- 70 - A referência e contra-referência são utilizadas? Sim( ) Não ( )  
Como ocorre?
- 71 - Existe instrumento próprio para referência e contra-referência? Sim( ) Não ( )
- 72 - Como você caracteriza a oferta de serviços de seu município?  
(1) demanda espontânea (2) oferta organizada (3) demanda reprimida  
Por quê?
- 73 - Existem problemas de acesso aos serviços da Atenção Básica? Sim( ) Não ( )  
Fale sobre isso.
- 74 - Existem problemas de acesso aos serviços da Média e Alta Complexidade?  
Sim( ) Não ( ) Fale sobre isso.

## VI - GESTÃO DO TRABALHO

- 75 - Qual é a forma de contratação dos trabalhadores para a Atenção Básica?  
(1) Contrato (2) Concurso (3) Terceirização
- 76 - É priorizada a contratação de pessoal com formação específica para atuar na atenção básica? Sim( ) Não ( )
- 77 - Em caso negativo por quê?



78 - Como você avalia a satisfação dos profissionais de saúde que atuam nos serviços? (estão satisfeitos, não estão satisfeitos, com que base você afirma isso, existe mecanismo de verificação do grau de satisfação)

79 - Existe colaboração dos profissionais do município para o planejamento, avaliação e melhoria da qualidade da assistência a saúde no município? De que forma acontece?

80 - Existe rotatividade dos profissionais de saúde? Sim( ) Não ( )

81 - Em caso afirmativo, a que você atribui?

82 - Existe política de educação permanente para os trabalhadores da AB na sua gestão? Sim( ) Não ( )

83 - Em caso negativo por quê?

84 - Existem mecanismos de avaliação de desempenho dos servidores? Sim( ) Não ( )

## **VII - OUTROS**

85 - No exercício de sua função você encontra dificuldades? Sim ( ) Não ( )

86 - Quais?

---

ANEXO D: Roteiro de entrevista para o Coordenador da Vigilância em Saúde ou Epidemiológica



*Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB*

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde

**ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O COORDENADOR DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE OU EPIDEMIOLÓGICA**

Nº \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**I – PERFIL (formulário)**

01 - Município ( )

02 - Idade ( )

03 - Gênero: Masculino( 1 ) Feminino( 2 )

04 - Reside no município? Sim ( ) Não ( )

05 - Em caso afirmativo, há quanto tempo? \_\_\_\_\_

06 - Formação graduação: \_\_\_\_\_

07 - Formação pós-graduação: \_\_\_\_\_

08 - Tempo de ocupação do cargo: \_\_\_\_\_

09 - Já atuou em outro cargo de gestão? Sim ( ) Não ( )

10 - Em caso afirmativo, qual?

11 - Qual tipo de vínculo com o município:

contratado( 1 ) concursado( 2 ) nomeado( 3 )

12 - Trabalhava no município antes de exercer a função atual? Sim ( ) Não ( )

13 - Em caso afirmativo, qual era a

função? \_\_\_\_\_

14 - Realizou algum curso de capacitação para a função atual? Sim ( ) Não ( )

15 - Qual? \_\_\_\_\_

16 - Onde?

17 - Tempo de duração:

18 - Tem feito atualizações/aperfeiçoamento? Sim ( ) Não ( )

19 - Onde?

20 - Em função do seu cargo atual, identifica a necessidade de capacitação?

Sim ( ) Não ( )

21 - Em caso afirmativo, em qual área?

**II – CONHECIMENTO ACERCA DO SUS**

22 - Qual o seu entendimento sobre o SUS?

### III – ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

- 23 - Como é composta a equipe da Vigilância em saúde no município?
- 24 - A Vigilância Epidemiológica possui rede de frio? Sim ( ) Não ( )
- 25 - Em caso negativo por quê?
- 26 - A estrutura física, do departamento de vigilância em saúde é satisfatória?  
Sim ( ) Não ( )
- 27 - Por quê?
- 28 - Os equipamentos e materiais de consumo do departamento de vigilância em saúde são satisfatórios? Sim ( ) Não ( )
- 29 - Por quê?
- 30 - Qual a periodicidade de alimentação do Sistema de Informação?  
SIM - ( ) diário ( ) semanal ( ) quinzenal ( ) mensal  
( ) Outros \_\_\_\_\_
- SINAN - ( ) diário ( ) semanal ( ) quinzenal ( ) mensal  
( ) Outros \_\_\_\_\_
- SINASC - ( ) diário ( ) semanal ( ) quinzenal ( ) mensal  
( ) Outros \_\_\_\_\_
- API- ( ) diário ( ) semanal ( ) quinzenal ( ) mensal  
( ) Outros \_\_\_\_\_
- 31 - Por quê?
- 32 - Você monitora diretamente essa alimentação? Sim ( ) Não ( )
- 33 - Em caso negativo por quê?
- 34 - Quem é responsável pela alimentação dos Sistemas?
- 35 - São desenvolvidas ações das vigilâncias: Epidemiológica ( ) Sanitária ( )  
Saúde do Trabalhador ( ) ambiental ( )

### IV – PROCESSO DE TRABALHO

- 36 - É realizada análise da situação de saúde em seu município? Sim ( ) Não ( )
- 37 - Em caso afirmativo, quando e como acontece?
- 38 - São utilizados os indicadores de saúde como instrumento no planejamento de ações em saúde? Sim ( ) Não ( ) De que forma?
- 39 - O município monitora situação alimentar e nutricional? Sim ( ) Não ( )  
Como acontece? \_\_\_\_\_
- 40 - É realizada avaliação de risco para doenças infecto-contagiosas? Sim ( ) Não ( )  
Como acontece? \_\_\_\_\_
- 41 - É realizada avaliação de risco para doenças crônico-degenerativa, violências e acidentes?  
Sim ( ) Não ( ) Como acontece? \_\_\_\_\_
- 42 - A Vigilância Epidemiológica faz recomendações de ações de promoção e prevenção para a Atenção Básica e demais setores da SMS? Sim ( ) Não ( )
- 43 - Em caso afirmativo, como isso é realizado?
- 44 - As ações recomendadas são realizadas pela SMS?
- 45 - Você participa da elaboração do Plano Municipal de Saúde? Sim ( ) Não ( )
- 46 - De que forma?
- 47 - Os dados dos sistemas de informação têm sido analisados? Sim ( ) Não ( )
- 48 - Com que frequência?
- 49 - Os dados analisados são enviados de volta para as equipes de saúde?  
Sim ( ) Não ( )
- 50 - Como isso é realizado?

51 - O município desenvolve capacitação para os trabalhadores no âmbito da Vigilância em Saúde? Sim ( ) Não ( ) Como acontece?

52 - A Vigilância em Saúde desenvolve ações com outras secretarias municipais, organizações comunitárias ou ONGs? Sim ( ) Não ( )

**V - OUTROS**

55 - No exercício de sua função você encontra dificuldades? Sim ( ) Não ( )

56 - Quais?

---

---

ANEXO E: Roteiro para entrevista com o Coordenador de Saúde Bucal



*Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB*

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde**

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM O COORDENADOR  
DE SAÚDE BUCAL**

Nº \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**I – PERFIL (formulário)**

01 - Município ( )

02 - Idade ( )

03 - Gênero: Masculino( 1 ) Feminino( 2 )

04 - Reside no município? Sim ( ) Não ( ).

05 - Em caso afirmativo, há quanto tempo? \_\_\_\_\_

06 - Possui pós-graduação? Sim ( ) Não ( ).

07 - Qual? \_\_\_\_\_

08 - Tempo de ocupação do cargo: \_\_\_\_\_

09 - Já atuou em outro cargo de gestão? Sim ( ) Não ( )

10 - Em caso afirmativo, qual? \_\_\_\_\_

11 - Tem vínculo empregatício com o município? Sim ( ) Não ( )

12 - Em caso afirmativo, qual tipo de vínculo? contratado( 1 ) concursado( 2 )

13 - Qual a função exercida no vínculo supracitado? \_\_\_\_\_

14 - Realizou algum curso de capacitação para a função atual? Sim ( ) Não ( )

15 - Qual: \_\_\_\_\_

16 - Onde: \_\_\_\_\_

17 - Tempo de duração: \_\_\_\_\_

18 - Tem feito atualizações/aperfeiçoamento? Sim ( ) Não ( )

19 - Onde: \_\_\_\_\_

20 - Em função do seu cargo atual, identifica a necessidade de educação permanente?

Sim ( ) Não ( )

21 - Em caso afirmativo, em qual área: \_\_\_\_\_

**II – CONHECIMENTO ACERCA DO SUS**

22 - Qual o seu entendimento sobre o SUS?

**III - PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO**

23 - O município realiza análise de saúde bucal de sua população? Sim ( ) Não ( )

24 - É realizado planejamento das ações de saúde bucal no município?

Sim ( ) Não ( )

25 - As ações são planejadas junto com a Atenção Básica e outros setores da SMS?

Sim ( ) Não ( )

26 - Com que periodicidade?

27 - Como é realizado?

28 - Você participa da elaboração do Plano Municipal de Saúde? Sim ( ) Não ( )

29 - De que forma você participa?

30 - O município avalia as ações de saúde bucal? Sim ( ) Não ( )

31 - Com que frequência?

- 32 - De que forma acontece?  
33 - Você participa da elaboração do Relatório de Gestão?  
34 - De que forma?  
35 - Você considera resolutive as ações de saúde bucal?

#### **IV - ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO**

- 36 - Qual a estrutura da Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde?  
37 - Qual a cobertura de saúde bucal no município? \_\_\_\_\_  
38 - Qual a sua avaliação a respeito da infra-estrutura disponibilizada para o atendimento público em saúde bucal? péssima( 1 ) ruim( 2 ) regular( 3 ) boa( 4 ) ótima( 5 )  
39 - O município dispõe dos equipamentos necessários para o atendimento em saúde bucal?  
Sim ( ) Não ( )  
40 - Os equipamentos têm manutenção preventiva? Sim ( ) Não ( )  
41 - Quantos profissionais de saúde bucal existe no município? \_\_\_\_\_  
42 - Este número é satisfatório? Sim ( ) Não ( )  
43 - Os materiais e insumos são disponibilizados de forma satisfatória para as unidades?  
Sim ( ) Não ( ) Fale sobre isso.

#### **V - PROCESSO DE TRABALHO**

- 44 - Qual a atual estratégia de organização da demanda por serviços odontológicos na Secretaria Municipal de Saúde?  
45 - Existem grupos priorizados? Sim ( ) Não ( )  
46 - Se sim, quais são e como se dá a captação desta clientela?  
47 - Quais os critérios utilizados para a determinação dos grupos ou ações priorizadas?  
48 - Como é feita a triagem dos pacientes?  
49 - São atendidas pequenas urgências na ESF?  
50 - Como se articulam os diferentes níveis de complexidade (hierarquização, referência e contra-referência)?  
51 - São realizados os procedimentos odontológico nas escolas? Sim ( ) Não ( ) Como?  
52 - Há articulação entre a assistência na rede básica e nas escolas? Sim ( ) Não ( ) Como?  
53 - Existe problema de acesso ao serviço de saúde bucal no município?  
Sim ( ) Não ( )  
54 - De que forma, os problemas de acesso têm sido resolvidos (do ponto de vista físico, cultural, etc.)?  
55 - Têm sido implementadas ações preventivas em saúde bucal?  
56 - Que ações de prevenção vêm sendo implementadas?  
57 - De que forma elas são desenvolvidas?  
58 - Que outras ações poderiam ser feitas no sentido de aumentar o impacto das ações de saúde bucal da Secretaria Municipal Saúde?  
59 - O município tem enfrentado dificuldades com as ações de saúde bucal?  
Sim ( ) Não ( )  
60 - Quais as dificuldades encontradas?

#### **VI - OUTROS**

- 61 - No exercício de sua função você encontra dificuldades? Sim ( ) Não ( )  
62 - Quais?
- 
-

ANEXO F: Roteiro para entrevista para o Diretor do Hospital



*Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB*

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde**

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA PARA O DIRETOR DO HOSPITAL**

Nº \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**I – PERFIL (formulário)**

01 – Município ( )

02 – Idade ( )

03 – Gênero: Masculino( 1 ) Feminino( 2 )

04 – Reside no município? Sim ( ) Não ( )

05 – Em caso positivo, há quanto tempo? \_\_\_\_\_

06 - Escolaridade ( ) fund. ( ) médio incompl. ( ) médio completo ( ) sup. incompl ( )  
sup. completo ( ) pós-graduado

07 - Formação graduação \_\_\_\_\_

08 - Formação pós-graduação \_\_\_\_\_

09 - Tempo de ocupação do cargo: \_\_\_\_\_

10 - Já atuou em outro cargo de gestão? Sim ( ) Não ( )

11 - Em caso afirmativo, qual? \_\_\_\_\_

12 - Qual tipo de vínculo com o município? Contratado (1) Concursado(2) Nomeado(3)

13 - Já trabalhava no município antes de exercer o cargo de diretor? Em que  
função? \_\_\_\_\_

14 - Realizou algum curso de capacitação para a função atual? Sim ( ) Não ( )

15 - Qual: \_\_\_\_\_

16 - Onde: \_\_\_\_\_

17 - Tempo de duração: \_\_\_\_\_

18 - Tem feito atualizações/aperfeiçoamento? Sim ( ) Não ( )

19 - Onde: \_\_\_\_\_

20 - Em função do seu cargo atual, identifica a necessidade de educação permanente?

Sim ( ) Não ( )

21 - Em caso afirmativo, em qual área:  
\_\_\_\_\_

**II – CONHECIMENTO ACERCA DO SUS**

22 - Qual o seu entendimento sobre o SUS?

**III – ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO**

23 - Qual a natureza da instituição? Municipal ( 1 ) Estadual( 2 ) Filantrópico( 3 )

24 - A administração da instituição é: direta ( 1 ) indireta ( 2 )

25 - Quantos leitos possui? \_\_\_\_\_

26 - Quantos funcionários de nível médio? \_\_\_\_\_

27 - Quantos funcionários de nível superior? \_\_\_\_\_

28 - Como ocorre a contratação de funcionários para a instituição?

( 1 ) Contrato ( 2 ) Concurso ( 3 ) Terceirização

29 - Existem dificuldades na contratação de profissionais? Sim ( ) Não ( )

- 30 - Em caso afirmativo, quais as dificuldades encontradas?  
31 - Quais as especialidades atendidas e quais serviços são oferecidos na Unidade Hospitalar?  
32 - Oferecem serviços de emergência? Sim ( ) Não ( )

#### **IV- PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO**

- 33 - O município realiza planejamento dos serviços hospitalares? Sim ( ) Não ( )  
34 - Em caso afirmativo, como ocorre o planejamento destas ações?  
35 - São utilizados os indicadores de saúde como instrumento no planejamento dos serviços hospitalares? Sim ( ) Não ( )  
36 - Quais? E como?  
37 - Ao longo dos anos a procura por atendimento hospitalar tem:  
aumentado( 1 )      diminuído( 2 )      se mantém ( 3 )  
38 - O hospital faz levantamento dos tipos de atendimentos realizados periodicamente?  
Sim ( ) Não ( )  
39 - Os motivos pelos quais os usuários procuram o serviço tem se modificado?  
Sim ( ) Não ( )  
40 - Em que sentido? Fale sobre as características da demanda nos últimos anos.  
41 - A oferta de serviços tem sido suficiente para atender a demanda? Sim ( ) Não ( )  
42 - Utiliza algum sistema de informação? Sim ( ) Não ( )  
43 - Qual?  
44 - Os dados desse sistema são analisados? Sim ( ) Não ( )  
45 - Quem é responsável por essa alimentação?  
46 - Você participa da elaboração do plano municipal de saúde? Sim ( ) Não ( )  
47 - De que forma você participa?

#### **V- PROCESSO DE TRABALHO**

- 48 - São realizados procedimentos eletivos? Sim ( ) Não ( )  
49 - Como são agendados os procedimentos eletivos?  
50 - Com quais municípios é feita a pactuação?  
51 - Quais as maiores necessidades de encaminhamentos para outros municípios?  
52 - Como ocorre o processo de transferência de paciente para outros municípios?  
53 - Encontra dificuldades para efetuar as transferências? Quais?  
54 - Como é a relação entre o hospital com os demais setores da SMS?  
55 - A referência e contra-referência é utilizada? Sim ( ) Não ( )  
56 - Como ocorre?  
57 - Em caso afirmativo, existe instrumento próprio? Sim ( ) Não ( )  
58 - Existe capacitação para os trabalhadores do hospital?

#### **VI - OUTROS**

- 59 - No exercício de sua função você encontra dificuldades? Sim ( ) Não ( )  
60 - Quais?
- 
-



ANEXO G: Roteiro de entrevista para o responsável pela marcação de exames especializados



*Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB*

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O RESPONSÁVEL PELA MARCAÇÃO DE EXAMES ESPECIALIZADOS**

Nº \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**I – PERFIL (formulário)**

01 - Município ( )

02 - Idade ( )

03 - Gênero: Masculino( 1 ) Feminino( 2 )

04 - Reside no município? Sim ( ) Não ( )

05 - Em caso afirmativo, há quanto tempo? \_\_\_\_\_

06 – Escolaridade: fund. Inc.( 1 ) fund. completo( 2 ) médio incompl.( 3 ) médio completo( 4 ) sup. incompl ( 5 ) sup. completo( 6 ) pós-graduado( 7 )

07 - Tempo de exercício da função? \_\_\_\_\_

08 - Já atuou em outra função na SMS? Sim ( ) Não ( )

09 - Em caso afirmativo, qual? \_\_\_\_\_

10 - Qual tipo de vínculo com o município? contratado( 1 ) concursado( 2 )

11 - Realizou algum curso de capacitação para a função atual? Sim ( ) Não ( )

12 - Qual? \_\_\_\_\_

13 - Onde? \_\_\_\_\_

14 - Tempo de duração: \_\_\_\_\_

15 - Tem feito atualizações/aperfeiçoamento? Sim ( ) Não ( )

16 - Onde? \_\_\_\_\_

17 - Em sua função atual, identifica a necessidade de capacitação? Sim ( ) Não ( )

18 - Em caso afirmativo, em qual área: \_\_\_\_\_

**II – CONHECIMENTO ACERCA DO SUS**

19 - Qual o seu entendimento sobre o SUS?

**III – PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO**

20 - Quais os critérios utilizados para o estabelecimento da oferta dos serviços especializados? (para estabelecer quantidades de exames, consultas, etc.)

21 - A oferta de serviços especializados é suficiente para atender a demanda? Sim( ) Não ( )

22 - Por quê?

23 - Ao longo dos anos a demanda por serviços especializados tem: aumentado( 1 ) diminuído( 2 ) se mantém ( 3 )

**IV – ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO**

24 - Com quais municípios é realizada a pactuação?

25 - A prestação de serviços pelos municípios pactuados está sendo satisfatória?

Sim ( ) Não ( )

26 - Por quê? \_\_\_\_\_

**V - PROCESSO DE TRABALHO**

- 27 - Como ocorre o processo de marcação de consultas e procedimentos especializados no município? (O que o usuário precisa fazer e o que acontece até o agendamento ser efetivado)
- 28 - As solicitações e encaminhamentos oriundos da ESF são avaliados junto com a Atenção Básica? Sim ( ) Não ( )
- 29 - Em caso negativo, por quê?
- 30 - De que forma funcionam os Tratamentos Fora de Domicílio?
- 31 - Como se dá a relação entre os setores da regulação com os demais setores da SMS?
- 32 - Você participa da elaboração do plano municipal de saúde? Sim ( ) Não ( )
- 33 - Como tem sido sua participação?

**VI - OUTROS**

- 34 - No exercício de sua função você encontra dificuldades? Sim ( ) Não ( )
- 35 - Quais?

---

---

ANEXO H: Roteiro de entrevista para digitador



*Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB*

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde**

### ROTEIRO ENTREVISTA PARA DIGITADOR

Nº \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### I – PERFIL (formulário)

01 – Município ( )

02 – Idade ( )

03 – Gênero: Masculino( 1 ) Feminino( 2 )

04 – Reside no município? Sim( ) Não ( )

05 – Em caso positivo, há quanto tempo? \_\_\_\_\_

06 – Escolaridade: fund. Inc.( 1 ) fund. completo( 2 ) médio incompl.( 3 ) médio completo( 4 ) sup. incompl ( 5 ) sup. completo( 6 ) pós-graduado( 7 )

07 - Profissão: \_\_\_\_\_

08 - Há quanto tempo você trabalha nesta função neste município? \_\_\_\_\_

09 - Qual o tipo de vínculo com a Secretaria de Saúde? contratado ( 1 ) concursado ( 2 ) prestador de serviço ( 3 )

10 - Antes de começar a trabalhar nesta função você passou por treinamento? Sim ( ) Não ( )

11 - Em caso afirmativo qual o treinamento recebeu?

12 - Qual foi a duração? \_\_\_\_\_

13 - São programados cursos / capacitações para vocês que atuam nesta função?

Sim ( ) Não ( )

14 - Quem oferece estes cursos? Prefeitura ( ) DIRES ( ) ESAB ( ) Governo Federal ( )

15- De quanto em quanto tempo ocorrem os cursos / capacitações para a função que exerce?

16.- Há quanto tempo houve a última capacitação / curso para os profissionais deste setor?

17 - Atualmente, você acha que esta precisando participar de alguma capacitação / curso?

Sim ( ) Não ( )

#### II – CONHECIMENTO ACERCA DO SUS

18 - Qual o seu entendimento sobre SUS?

#### III – DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES

19 - Como é que ocorre o fluxo de coleta e armazenamento dos dados para a alimentação dos diferentes sistemas de informação em saúde? \_\_\_\_\_

20 - Os dados epidemiológicos gerados a partir dos sistemas de informação em saúde são utilizados? Sim( ) Não ( . )

21 - Como eles são utilizados?

22 - Onde eles são utilizados?

23 - Quem é que os utiliza?

## ANEXO I: Ofício CEP/UESB



*Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB*  
*Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98*  
*Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB*

Jequié, 04 de setembro de 2009

Of. CEP/UESB 265/2009

Ilmo. Sr.

Prof. Cezar Augusto Casotti

Departamento de Saúde – UESB

Prezado Senhor,

Comunicamos a V. S<sup>a</sup> que o Projeto de Pesquisa abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UESB, estando os pesquisadores liberados para o início da coleta de dados.

Protocolo nº: **080/2009**

Projeto: **A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DA 13<sup>a</sup> REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA**

Pesquisadores: **Prof. Cezar Augusto Casotti (coordenador)**  
**Lícia Marques Vidal (colaboradora)**

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa (ver modelo no CEP), para acompanhamento pelo Comitê.

Atenciosamente,

  
**Prof<sup>a</sup>. Ana Angélica Leal Barbosa**  
Presidente do CEP/UESB

## ANEXO J: Roteiro de Análise Documental

## MUNICÍPIO \_\_\_\_\_

➤ **Documentos a serem solicitados**

Organograma da SMS  
Plano Municipal de Saúde  
Relatório de Gestão  
PPI  
Atas do CMS  
Composição do CMS

➤ **Análise do organograma**

Cargos e funções  
Relação e hierarquização dos cargos

➤ **Análise dos Planos Municipais**

Etapas do planejamento  
Existência de ações propostas para os problemas identificados  
Utilização do Sistema de Informação  
Áreas priorizadas  
A saúde da família é estabelecida como estratégia de organização da atenção básica  
Ações curativas/preventivas  
Pré-teste

➤ **Análise dos relatórios de gestão**

Ano de implantação do PACS  
Ano de implantação do PSF  
Cobertura do PACS/PSF a cada ano  
Nº de equipes  
Número de procedimentos de média e alta complexidade  
Áreas priorizadas/contempladas pela gestão  
Principais ações de cada nível de atenção  
Coerência com o planejamento, a agenda e a programação das atividades  
Cumprimento da PPI

➤ **Análise da composição do CMS**

Paridade e representação conforme a resolução do CNS

➤ **Análise das atas do CMS**

Regularidade de reuniões  
Participação dos segmentos  
Aprovação de projetos e planejamentos e prestação de contas