

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

**ANDRESA TEIXEIRA SANTOS**

**ANÁLISE DO PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE  
EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DA  
MICRORREGIÃO DE JEQUIÉ – BAHIA**

**JEQUIÉ/BA  
2014**

**ANDRESA TEIXEIRA SANTOS**

**ANÁLISE DO PLANEJAMENTO E 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.

**Orientador:** Prof. DSc. Sergio Donha Yarid.

**JEQUIÉ/BA  
2014**

S237a Santos, Andresa Teixeira.

Análise do planejamento e gestão em saúde em municípios de pequeno porte da Microrregião de Jequié – Bahia / Andresa Teixeira Santos.- Jequié, 2017. 67f.

(Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob orientação do Prof. DSc. Sergio Donha Yarid)

1. Planejamento em Saúde 2. Avaliação em saúde 3. Gestão em Saúde  
I.Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II.Título

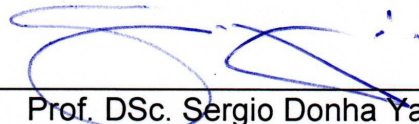
CDD – 362.1068

Rafaella Cância Portela de Sousa - CRB 5/1710. Bibliotecária – UESB – Jequié.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

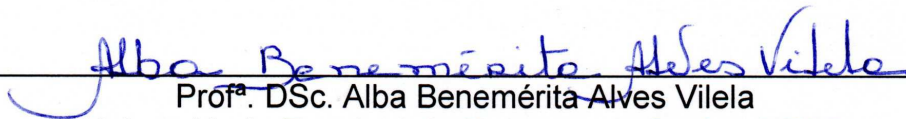
SANTOS, Andresa Teixeira. **Análise do planejamento e gestão em saúde em municípios de pequeno porte da microrregião de Jequié – Bahia.** 2014. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Área de Concentração: Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié-BA.

### BANCA EXAMINADORA



---

Prof. DSc. Sergio Donha Yarid  
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB  
(Orientador e presidente da Banca)



---

Prof.ª DSc. Alba Benemérita Alves Vilela  
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB  
Examinadora

---

Prof DSc. José Roberto Magalhães Bastos  
Universidade São Paulo - USP  
Examinador

Jequié-BA, 28 de abril de 2014.

## AGRADECIMENTOS

Para mim, apenas dizer muito obrigada é pouco. Às vezes, uma simples palavra, um abraço ou um pequeno gesto significa uma grande força, um incentivo. As palavras, a dedicação e o afeto, durante esta caminhada foram de fundamental importância. Por isso, primeiramente agradeço a Deus pela benção que me concedeu, pela minha vida, pela minha família, pelos meus sonhos realizados, pela oportunidade de chegar até aqui.

À minha mãe e a todos os meus familiares, pelo apoio, amor e dedicação. Seria aqui uma tarefa difícil nomear cada um de vocês, mas deixo registrado o meu mais profundo agradecimento. É um presente de Deus ter tanta gente para amar e eu amo muito vocês;

Ao meu noivo "**Eberton**", agradeço profundamente pela compreensão, dedicação e amor nesta caminhada, deixando sempre mais leve a minha rotina "maluca". Valeram as palavras de incentivo, a vontade de vencer as barreiras que surgiram durante esta trajetória e a crença de que eu poderia fazer sempre algo;

Ao meu orientador **DSc. Sergio Donha Yarid** pela grande paciência, compreensão, disponibilidade e pelos ensinamentos nesta caminhada;

Aos professores **DSc. Cezar Augusto Casotti, DSc. Alba Vilela e DSc. Edite Sena** pelo estímulo, solidariedade e atenção, que muito contribuíram para o início e conclusão desta etapa;

À professora **Vanda Palmarella** pelas primeiras leituras e correções, no até então projeto de pesquisa;

Aos sujeitos da pesquisa, pelo acolhimento e disponibilidade com que me receberam;

A todos os colegas do meio acadêmico, que cruzaram o meu caminho, partilhando descobertas, desafios e conquistas, nos seminários, congressos, aulas, palestras... Dividindo seus medos, incertezas e inseguranças... E somaram entusiasmo, força e alegria... Mesmo que, conseqüentemente, a vida e o trabalho possam nos separar, no entanto, não o bastante para serem esquecidos, pois ficarão saudade, recordações e companheirismo;

Aos meus amigos e colegas de trabalho, pela constante motivação e pelas orações que me sustentaram todos os dias;

Ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem e Saúde, a todos os docentes que contribuíram nesta caminhada.

*“A educação não transforma o mundo  
A educação muda as pessoas  
As pessoas mudam o mundo”.*

*Paulo Freire*

## RESUMO

O comprometimento do município com o processo de efetivação do Sistema Único de Saúde se volta para a autogestão, por meio da redistribuição de competências e de remanejamentos dos recursos financeiros, humanos e físicos, necessários à implementação das práticas de saúde. Muitas têm sido as dificuldades encontradas pelos municípios no processo de efetivação do SUS, dentre as quais se destacam o Planejamento das ações em saúde e a gestão do sistema municipal de saúde. Os objetivos desse estudo são traçar o perfil e analisar o conhecimento dos gestores do Sistema de Saúde dos municípios de pequeno porte sobre o Sistema Único de Saúde. Neste estudo, participaram os gestores de 05 municípios com até 20.000 habitantes, circunscritos na 13ª DORES. Foi utilizada como método de pesquisa uma abordagem quantitativa. Foi realizada a análise estatística descritiva, e a utilização da técnica Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011), a partir dos resultados obtidos. Os dados evidenciaram que existe dificuldade enfrentada pelos municípios devido à alta precarização dos vínculos, à falta de políticas voltadas à fixação de profissionais e à ausência Plano de Carreiras, Cargos e Salários, resultando na heterogeneidade de vínculos e ausência de instituição da Política de Educação Permanente evidenciada nos municípios estudados, e isto tem interferido na realização de ações voltadas para o planejamento em saúde nos municípios de pequeno porte. Além de ser possível perceber que os gestores compreendem o SUS através do princípio da universalidade, apesar do conceito reducionista predominante, nota-se que elementos fundamentais para a efetivação do apregoado pelo SUS com todos os seus princípios e valores, ainda estão distantes da prática.

**Palavras-chave:** Planejamento em Saúde; Avaliação em saúde; Gestão em Saúde.

## ABSTRACT

The commitment of the municipality to the process of realization of the Unified Health System Turns to self-management through redistribution of powers and reshuffling of financial, human and physical, necessary for the implementation of health practices resources. Many have been the difficulties encountered by municipalities across the process of realization of the SUS among which stand out the planning of health actions and management of the district health system. The objectives of this study are to trace the profile and analyze the knowledge of the managers of the Health System of the small towns on the Unified Health System managers participated in this study of 05 municipalities with up to 20,000 inhabitants, circumscribed in 13th DIRES. A quantitative-qualitative approach was used as the research method. Descriptive statistical analysis was performed using the technique and content analysis proposed by Bardin (2011) from the results obtained. The data showed that there is difficulty faced by municipalities due to high instability of the bonds, the lack of policies to permanent staff, no Plan Careers, Jobs and Salaries, resulting in heterogeneity of links and no institution of the Education Policy evidenced Permanent in the cities studied, and this has affected the realization actions for health planning in small towns. Besides being parse that managers understand the NHS through the principle of universality, despite the predominant reductionist concept, however realize that the key elements for the realization of the proclaimed SUS with all its principles and values, are still far from practical.

**Keywords:** Health Planning; Health evaluation; Management in Health.



## LISTA DE QUADROS

|                   |   |    |
|-------------------|---|----|
| <b>Quadro 01-</b> | Caracterização dos Secretários Municipais de Saúde, Bahia, 2014.                | 34 |
| <b>Quadro 02-</b> | Caracterização dos enfermeiros coordenadores da ESF. Município 01, Bahia, 2014. | 35 |
| <b>Quadro 03-</b> | Caracterização dos enfermeiros coordenadores da ESF. Município 02, Bahia, 2014. | 35 |
| <b>Quadro 04-</b> | Caracterização dos enfermeiros coordenadores da ESF. Município 03, Bahia, 2014. | 36 |
| <b>Quadro 05-</b> | Caracterização dos enfermeiros coordenadores da ESF. Município 04, Bahia, 2014. | 36 |
| <b>Quadro 06-</b> | Caracterização dos enfermeiros coordenadores da ESF. Município 05, Bahia, 2014. | 36 |

## LISTA DE SIGLAS

|               |  |
|---------------|--|
| <b>SUS</b>    | SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE   |
| <b>DIRES</b>  | DIRETORIA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO                            |
| <b>ESF</b>    | ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA                                   |
| <b>OPAS</b>   | ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE                               |
| <b>INAMPS</b> | INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E<br>PREVIDÊNCIA SOCIAL |
| <b>RSB</b>    | REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA                                     |
| <b>CF</b>     | CONSTITUIÇÃO FEDERAL   |
| <b>NOB</b>    | NORMA OPERACIONAL BÁSICA   |
| <b>PPI</b>    | PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA                                 |
| <b>CIB</b>    | COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE                                 |
| <b>NOAS</b>   | NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE                         |
| <b>PDR</b>    | PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO                                  |
| <b>CES</b>    | CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE                                       |
| <b>SIAB</b>   | SISTEMA DE INFORMAÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA                         |
| <b>PP SUS</b> | PESQUISA PRIORITÁRIA PARA O SUS                                  |
| <b>TCLE</b>   | TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO                       |
| <b>CEP</b>    | COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA                                      |
| <b>MUNIC</b>  | PESQUISA DE INFORMAÇÕES BÁSICAS MUNICIPAIS                       |

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| <b>1 CONTEXTUALIZANDO DO OBJETO DE ESTUDO</b>  | 11 |
| <b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b>   | 15 |
| 2.1 O HISTÓRICO DO PLANEJAMENTO NO SUS   | 15 |
| 2.2 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE          | 21 |
| <b>3 METODOLOGIA</b>   | 25 |
| 3.1 TIPO DE ESTUDO   | 25 |
| 3.2 LOCAL DO ESTUDO  | 25 |
| 3.3 SUJEITOS DO ESTUDO   | 26 |
| 3.4 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS                                    | 26 |
| 3.5 MÉTODOS DE ANÁLISE DE DADOS  | 27 |
| 3.6 ASPECTOS ÉTICOS  | 28 |
| <b>4 RESULTADOS</b>  | 29 |
| 4.1 MANUSCRITO 01: PERFIL DOS GESTORES DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE          | 30 |
| 4.2 MANUSCRITO 02: CONHECIMENTO DOS GESTORES DOS MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE SOBRE O SUS | 43 |
| <b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>  | 54 |
| <b>REFERÊNCIAS</b>   | 56 |
| <b>ANEXOS</b>  | 60 |
| ANEXO A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO                                      | 61 |
| ANEXO B: ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE                      | 62 |
| ANEXO C: ROTEIRO ENTREVISTA PARA OS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR                      | 65 |

## 1 CONTEXTUALIZANDO DO OBJETO DE ESTUDO

A importância do planejamento dos serviços de saúde está relacionada ao comprometimento com o produto das ações, numa relação direta com a gestão e o controle em concordância com a realidade dos serviços, com a disponibilidade de recursos e com as necessidades em saúde da população (MENDES, 2010). Assim, a questão do planejamento das ações em saúde vem a ser um importante tema, por estar relacionado com o enfrentamento das dificuldades para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre as quais se destaca a busca da efetividade na atenção à saúde.

No processo de organização dos serviços de saúde, os aspectos fundamentais a serem discutidos e implementados dizem respeito aos instrumentos e práticas de planejamento. O planejamento assume papel fundamental como um instrumento de gestão vital para o cumprimento das diretrizes operacionais que orientam o SUS e compõe parte do seu arcabouço legal.

Daí, a percepção de que o planejamento não se resume a um conjunto de intenções ou à tomada de decisão em si. Para Teixeira (2001), o planejamento em saúde envolve um conjunto de questões de natureza teórica, metodológica, técnica e instrumental – que se conformam ao longo do seu desenvolvimento enquanto prática social – sendo um campo de constantes reflexões e experimentações, na medida em que diferentes abordagens e enfoques interagem e se acumulam em função da redefinição das demandas e necessidades historicamente determinadas.

O planejamento é um instrumento de gestão das três esferas de governo no âmbito do SUS, permitindo a definição de objetivos e a organização das ações a serem desenvolvidas, facilitando o acompanhamento, a fiscalização, o controle dos gastos e a avaliação dos resultados obtidos.

Vilasbôas (2004) 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, ação esta, realizada por atores sociais, orientada por um propósito relacionado com a manutenção ou modificação de uma determinada situação.

Dentre as várias iniciativas, que visam contribuir com o aperfeiçoamento da gestão e a qualificação do planejamento, encontram-se o componente Pacto de

Gestão do Pacto pela Saúde e a conformação do Sistema de Planejamento do SUS-PlanejaSUS. As orientações definidas pelo PlanejaSUS e pelo Pacto de Gestão avançam para que o planejamento responda efetivamente às necessidades do Sistema de Saúde e às demandas que se impõem continuamente aos gestores. Reforçam a convicção de que a atividade de planejamento deve ter uma participação técnica mais efetiva nas decisões políticas dos gestores da saúde (LACERDA et al., 2012).

O estabelecimento de responsabilidades de municípios, estados e federação, quanto ao planejamento, institui a necessidade permanente de informações que favoreçam a reflexão dos gestores sobre os modos de operar as atividades de planejamento e os auxiliem na tomada de decisão para ajustá-las às necessidades do SUS.

No intuito de viabilizar as políticas públicas do País, cujo sistema de saúde confere aos estados e municípios autonomia política, administrativa e financeira, bem como o estabelecimento de normas e leis para seu funcionamento, a descentralização foi instituída como estratégia fundamental na construção do SUS, visando uma melhor organização dos serviços, respeitando as características das diferentes regiões em nosso país. A partir da descentralização, desencadeiam-se os processos de regionalização e de municipalização da saúde (FARIA et al., 2009).

Com o processo de municipalização, o SUS ganhou um novo ritmo na sua implementação, ampliando-se a diversidade de experiências na gestão municipal do setor, de acordo com as características locais; o comprometimento do município com o processo de efetivação do SUS volta-se para a autogestão por meio da redistribuição de competências e de remanejamento dos recursos financeiros, humanos e físicos, necessários à implementação das práticas de saúde (COHN; WESTPHAL; ELIAS, 2005).

Destaca-se, entretanto, que muitas dificuldades têm sido encontradas pelos municípios, principalmente aqueles de pequeno porte populacional no processo de efetivação do SUS. Dentre estas, se destacam o Planejamento das ações em saúde e a gestão do sistema municipal, visto que o planejamento ascendente previsto na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990) (BRASIL, 1990a) não se concretizou, apesar dos esforços despendidos. Observa-se a desarticulação entre as diretrizes, objetivos e metas definidas em cada esfera de governo. Muitas

vezes a União, por meio do Ministério da Saúde, define linhas estratégicas que não são as mesmas defendidas por estados e municípios (VIEIRA, 2009).

Ao analisar o planejamento no SUS, reconhecidos os avanços decorrentes das iniciativas para ordená-lo e integrá-lo, a fim de consolidar o sistema no aspecto da unicidade de modo de operação e integração das decisões entre os gestores em suas esferas de governo, podem-se verificar, ainda, obstáculos e vazios que impedem esta unicidade e integração.

Observa-se a existência de tensão entre a necessidade de manutenção de um grau de consistência das prioridades da política de saúde em todo o sistema e os benefícios propostos da descentralização, por meio da participação das esferas subnacionais na definição das prioridades locais. O resultado disso é a fragmentação de prioridades, a desarticulação das intervenções nas esferas de governo e ineficiência na alocação dos recursos.

Sendo assim, a questão do planejamento das ações em saúde vem a ser um importante tema, por estar relacionado ao enfrentamento das dificuldades para a consolidação do SUS dentre as quais se destaca a busca da efetividade na atenção à saúde.

Deve-se considerar que o estudo poderá contribuir para o desvelo de questões inerentes à gestão, ao traçar o perfil e analisar o conhecimento dos gestores sobre as necessidades enfrentadas para efetivação do SUS e todos os seus princípios e diretrizes, em municípios de pequeno porte, por meio da apresentação de seus antecedentes e de reflexão a partir do estado da arte, a fim de apontar aspectos que precisam ser observados para a efetivação do planejamento ascendente no SUS.

Ao propor uma análise do planejamento em saúde em municípios de pequeno porte, salienta-se a importância desse estudo, diante do fato de que 73% dos municípios brasileiros são caracterizados com esse perfil, corroborando com a relevância da busca pelo conhecimento proposto (IBGE, 2010).

Dessa forma, surgiram inquietações sobre o planejamento das ações em saúde em municípios de pequeno porte, tais como: Qual é o perfil dos gestores municipais dos SUS e dos coordenadores da Estratégia de Saúde da família (ESF)? Qual o conhecimento dos gestores municipais do Sistema de Saúde e coordenadores da ESF sobre o Sistema Único de Saúde?

Para responder estas questões foram definidos como objetivos “Traçar o perfil dos gestores do Sistema de Saúde e coordenadores da ESF dos municípios de pequeno porte que compõem a 13ª DIRES”, “Analisar o conhecimento dos gestores municipais do Sistema de Saúde e coordenadores da ESF sobre o Sistema Único de Saúde”.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 O HISTÓRICO DO PLANEJAMENTO NO SUS

A função de planejar está inserida na prática administrativa desde o tempo de Taylor (1856-1917), quando foram definidos os princípios de que os administradores devem desenvolver um método científico para cada elemento do trabalho de um homem, a fim de substituir as velhas regras, ou seja, planejar o trabalho do operário, para que sua execução fosse realizada de maneira eficaz e eficiente, visando o aumento da produção (CHIAVENATO, 2011).

Sob a denominação de planejamento, observam-se histórias, conhecimentos, propostas e experiências distintas. Alguns estudiosos acreditam que o planejamento tem a potencialidade para enfrentar os problemas das intervenções dos homens no mundo. Outros, afirmam ser o planejamento um instrumento a serviço da dominação social, como mecanismo biológico e instrumento de exclusão, ou controle político (MERHY, 1995).

No contexto dos anos 50, no apogeu do racionalismo científico, o percurso histórico do planejamento como prática instrumental acompanhou as ideias hegemônicas de desenvolvimento econômico. A saúde da população passou a ser considerada um fator de produtividade, e os recursos de saúde, a serem tratados do ponto de vista dos modelos de custo-benefício (CAMPOS, 2001).

O planejamento no setor da saúde surgiu na América Latina na década de 1960. Duas instituições, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o Centro de Estudos do Desenvolvimento da Universidade Central da Venezuela (CENDES) elaboraram um método de planejamento para a saúde, que ficou conhecido como método CENDES/OPAS (1965). É um método normativo e economicista, em que a norma tem como fundamento principal a relação custo-benefício. Nele se propõe uma metodologia de gerenciamento da escassez de recursos, de modo a desenvolver ações com maior efetividade (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010).

O documento "*Problemas conceptuales e metodológicos de la programación en salud*" produzido por iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde marcou fortemente as duas décadas seguintes: a de 1960, visando à sua implementação e a



de 1970, produzindo uma crítica que rompeu com a chamada planificação normativa (RIVERA, 1989).

A partir de 1975, através da publicação do documento "*Formulação de políticas de saúde*" quando começa a se manifestar o caráter político do planejamento, observa-se a necessidade de uma estratégia política, e as elaborações teóricas começaram a se debruçar sobre os problemas do planejamento para além da questão técnica (RIVERA, 1989).

O modelo de atenção à saúde predominante no Brasil era o sanitarista-campanhista onde as ações de saúde eram voltadas, apenas, para o controle das epidemias, através das campanhas em massa de saúde pública. Neste mesmo período foi promulgada a Lei 3.807, denominada a Lei Orgânica da Previdência Social que veio estabelecer a unificação do regime geral da previdência social e, como consequência, em 1977 teve a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007).

Devido à vinculação da assistência à saúde no País, com as atividades previdenciárias e o caráter contributivo do sistema existente, gerava uma divisão da população em dois grandes grupos: os contribuintes da previdência, que possuíam, mesmo com dificuldades, um acesso mais amplo à assistência à saúde por meio do INAMPS e os não contribuintes, que possuíam um acesso bastante limitado à assistência à saúde restando apenas procurar assistência nas instituições filantrópicas representadas, em sua maioria, pelas Santas Casas de Misericórdia (GERSCHMAN, 2006).

Este contexto resultou em uma notória insuficiência dos serviços públicos de saúde, com agravamento das condições de saúde da população "desassistida" pelo sistema previdenciário. A consequência deste quadro foi o aprofundamento das iniquidades sociais, caracterizadas pela falta de ações concretas de Planejamento em Saúde (FAUSTO, 2005).

Dessa forma, percebe-se que história das Políticas Públicas de Saúde no Brasil é marcada por grandes desafios e conquistas, uma luta constante contra a falta de planejamento adequado nas ações para o enfrentamento dos problemas, burocratização do sistema, descontinuidade das ações e sérias dificuldades de arrecadação de recursos. Unida a este cenário, observa-se a existência de outros fatores, entre os quais se destacam as precárias condições de vida de grande parte

da população, desqualificação profissional e o distanciamento dos gestores da real situação de saúde do país (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

O Planejamento em Saúde no Brasil, constituído no campo da Saúde Coletiva, representa uma combinação de saberes e tecnologias acumuladas no processo de constituição da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), para garantir o acesso aos serviços de saúde, permeado por conflitos e contradições nas arenas decisórias dos espaços de poder, para a manutenção ou transformação da realidade social, engendrado pelas concepções teórico-metodológicas dos Enfoques Estratégico, Comunicativo, Analítico-institucional e Participativo (BRASIL, 2011).

O Movimento da RSB foi inicialmente constituído por uma parcela da intelectualidade universitária e dos profissionais da área da saúde. Posteriormente, incorporaram-se ao movimento outros segmentos da sociedade, como centrais sindicais, movimentos populares de saúde e alguns parlamentares. As proposições desse movimento, iniciado em pleno regime autoritário da ditadura militar, eram dirigidas basicamente à construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização das ações em saúde, a universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor (PAIM, 2007).

O Planejamento Estratégico Situacional foi o método de planejamento mais difundido pela Reforma Sanitária Brasileira. Simplificado, reformulado ou em sua complexidade integral, o método foi introduzido em programas de ensino de especialização e pós-graduação, nos vários núcleos de planejamento e gestão que começaram a se espalhar pelo país nos anos 80 (CAMPOS, 2001).

A 8ª Conferência Nacional da Saúde, realizada em março de 1986, considerada um marco histórico, consagra os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária. A criação do SUS, resultante do movimento de reforma sanitária, que reivindicava que o Estado assumisse maiores compromissos com a saúde, constituiu um avanço para o setor no país, na medida do reconhecimento de que o acesso aos serviços e ações deveria se dar de forma universal e igualitária, em uma rede hierarquizada (BRASIL, 1986).

Promulgada a Constituição Federal (CF) que previu este direito, “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (art. 196), gerou desequilíbrio entre a oferta de serviços e a demanda, pois a etapa de preparação da administração pública para assumir novas responsabilidades foi omitida. A oferta estava limitada à rede

assistencial existente até então, preparada para atendimento de um público restrito e norteada pelo viés curativo, em que se privilegiavam os serviços de atenção hospitalar. O direito previsto fica impossibilitado de garanti-lo, frente às restrições administrativas e orçamentárias existentes (BRASIL, 1988).

Até então o SUS tinha sido instituído, mas não regulamentado. Com a publicação da Lei 8.080/1990, além dos instrumentos de gestão pública e da necessidade de realização de planejamento nos municípios, estados, Distrito Federal e União para obtê-los, tornou-se clara a necessidade de que fosse internalizada, pelo setor de saúde, a lógica do planejamento, por meio de um sistema articulado em que as decisões e escolhas das esferas subnacionais do SUS pudessem ser consideradas, quando da formulação das estratégias em âmbito nacional (BRASIL, 1990a).

A lei 8080/90 estabeleceu a lógica de ascendência do planejamento e orçamento no SUS para a elaboração dos Planos de Saúde (do nível local até o federal), que devem ser utilizados para a formulação das programações de saúde contempladas nas respectivas propostas orçamentárias; os planos de saúde deveriam ser submetidos e aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde em cada esfera de governo (BRASIL, 1990a).

A criação dos Conselhos de Saúde e a realização das Conferências de Saúde como instrumentos de diagnóstico para o planejamento em saúde foram estabelecidas pela Lei nº. 8.142/90, que propõe a coparticipação na formulação da política de saúde e como órgãos fiscalizadores da execução das ações de sua consecução nos três níveis de governo, orienta sobre a obrigatoriedade da criação dos fundos para a transferência de recursos da União para estados e municípios, e determina a elaboração de relatórios de gestão que permitam o controle e o acompanhamento das ações (BRASIL, 1990b).

Legítima a necessidade de reforçar as possibilidades de tomada de decisões de forma descentralizada, proporcionando a todos os atores uma maior autonomia de ação, a fim de ampliar os espaços de criatividade e ousadia na busca de soluções. A descentralização, uma das diretrizes que orienta o funcionamento do SUS, gera a necessidade de pactuação entre as três esferas de governo e faz da área de saúde a política setorial que maior impacto vivencia entre as políticas públicas do Estado brasileiro (NOVAES, 2004).

Com o objetivo de normalizar o processo de descentralização político-administrativa, estabelecendo parâmetros para sua garantia, responsabilidades e critérios de financiamento das ações e serviços, em 1993 foi publicada a Norma Operacional Básica (NOB-SUS 1993) (BRASIL, 1993). A NOB-SUS 1993 estabelece um novo modelo de pactuação federativa e, nesse modelo, consolida-se o papel dos conselhos de saúde, especialmente pela definição de que, para que um município recebesse os recursos financeiros por meio de transferências, seria necessário comprovar a existência do respectivo conselho e de seu funcionamento (BRASIL, 1993).

A partir da necessidade de formulação de ajustes nos parâmetros de operação do sistema, em 1996, a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 1/96) institui um novo elemento que deve se integrar ao processo de planejamento da saúde, a Programação Pactuada e Integrada (PPI). A PPI envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e epidemiológica, constituindo o instrumento proposto para reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação de recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo (BRASIL, 1996).

Os municípios passaram a elaborá-la para, depois da aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde, submeterem-na aos respectivos estados, que por sua vez fariam a harmonização entre as PPI pela incorporação de suas responsabilidades diretas, mediante negociações na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (BRASIL, 2006a).

Neste momento, estava flagrante no SUS que a descentralização municipalista precisava ser compatibilizada com um instrumento que permitisse que as populações tivessem acesso aos serviços de saúde, conforme a integralidade prevista enquanto princípio do sistema, mesmo que seus municípios não os disponibilizassem. Daí a necessidade de pactuar a sua oferta por outros entes federados, o que foi inicialmente feito pela inclusão do instrumento PPI, para mediar esta relação com o estado (VIEIRA, 2009).

Entretanto, embora a pactuação da oferta de serviços entre municípios e seus estados, por meio da PPI, tivesse constituído um avanço para a organização do sistema, ainda persistiam inúmeros problemas para garantia do acesso a eles por parte da população. Era urgente a discussão de um novo modelo para a

regionalização da assistência à saúde, que incluísse os estados enquanto coordenadores desse processo (VIEIRA, 2009).

Para resolver esta questão, foi publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/2001), que basicamente ampliava o papel dos municípios na atenção básica à saúde e definia o processo de regionalização da assistência. Estabelece o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção, de acordo com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de cuidado (BRASIL, 2001).

Os estados passam a assumir responsabilidade maior na gestão do SUS, na medida em que passou a ser de sua competência a elaboração do Plano Diretor de Regionalização, em consonância com o Plano Estadual de Saúde, assim como, a submissão deste à aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Conselho Estadual de Saúde (CES) e seu envio ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

A NOAS 01/2001 foi aperfeiçoada em alguns aspectos e substituída pela NOAS 01/2002. Por essa norma operacional, o PDR constitui instrumento de organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais; de conformação de redes hierarquizadas de serviços; de estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contrarreferência intermunicipais, com o objetivo de garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2001).

A partir do PDR, elaboram-se as PPI anuais, para a maioria dos municípios brasileiros. Os gestores precisam elaborar planos e programar a assistência à saúde em bases não coincidentes com a realidade local e sua autonomia político administrativa e, portanto, com menor governabilidade sobre a questão. Este aspecto revela a complexidade de efetivação do planejamento em saúde em um sistema universal do porte do SUS, com normatizações gerais por vezes não coincidentes com as necessidades de saúde local (VIEIRA, 2009).

Nesse quadro, a gestão do setor saúde precisa empenhar-se continuamente em planejar, monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde. Tais esforços têm contribuído, certamente, para os importantes avanços registrados pelo SUS. É

importante reconhecer, contudo, que os desafios atuais e o estágio alcançado exigem um novo posicionamento em relação ao processo de planejamento, capaz de favorecer a aplicação de toda a sua potencialidade, corroborando de forma plena e efetiva para a consolidação deste sistema (TANAKA; MELO, 2008).

A expressão concreta dada por essa dimensão política envolve questões complexas, principalmente quando se considera que, no setor saúde, atuam e interagem distintos atores como, população, corporações, gestores, dirigentes políticos, profissionais e segmentos empresariais. Essas questões configuram um campo de atuação em que as instâncias organizativas do SUS podem e devem assumir papéis diferenciados de acordo com a natureza dos problemas em foco, adotando importantes **estratégias** que variam segundo o cenário político e institucional capazes de reorganizar a assistência à saúde (BRASIL, 2009).

## 2.2 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

O SUS, considerado a maior rede de assistência à saúde pública do mundo, realiza atendimento gratuito e universal em todos os níveis de assistência (atenção básica, média complexidade e alta complexidade), através de serviços próprios ou conveniados, sendo referência mundial em imunobiológicos e transplantes de órgãos (BRASIL, 2012a).

Dentre os níveis de complexidade, a atenção básica, também chamada atenção primária, é aquela considerada como a porta de entrada dos serviços de saúde e é desenvolvida através de ações que abrangem promoção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É caracterizada por práticas participativas, com trabalho multiprofissional e dirigidas a uma população situada em um território definido (BRASIL, 2012).

A média complexidade é caracterizada por utilização de recursos humanos e tecnológicos especializados, tais como especialidades médicas e exames de diagnóstico. Este nível de assistência presta apoio aos serviços de saúde da assistência primária por intermédio de um sistema de referência e contrarreferência regionalmente estabelecido. Já a alta complexidade abrange procedimentos de ponta e que são prestados em nível hospitalar, como internamentos em Unidades de

Terapia Intensiva (UTI), realização de cirurgias cardíacas, tratamentos oncológicos, transplantes etc. São caracterizados pelo alto custo dos serviços (BRASIL, 1990; OTANI, 2003; BRASIL, 2007).

Todos os serviços são prestados de maneira regionalizada e hierarquizada, de forma que a atenção básica à saúde é responsabilidade dos municípios, devendo ser prestado diretamente à população por meio de estrutura própria. Já a organização dos serviços de saúde de média e alta complexidade é pactuada entre os municípios, estados e União, podendo estar concentradas em municípios de maior porte populacional ou capitais (BRASIL, 2006).

A reorganização do sistema de saúde, baseada na atenção básica, teve como principal proposta a ESF, que articula noções e conceitos advindos de inúmeras disciplinas do campo da Saúde Pública e Coletiva, pautado na organização sistêmica dos serviços, na utilização de informação epidemiológica para o planejamento e programação das ações de saúde e na busca pela integralidade nas práticas, por meio de ações de promoção, proteção e recuperação (TEIXEIRA, 2003).

A compreensão do seu caráter estratégico aponta para o desafio de recombinar recursos do sistema, capazes de organizar e ofertar serviços de saúde baseados em princípios de acessibilidade, longitudinalidade nos cuidados prestados pela equipe de saúde, integralidade, focalização na família e orientação comunitária (MENDES, 2010).

O Programa de Saúde da Família (PSF), que posteriormente passou a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família, por ser visto não apenas como um programa, mas sim como uma estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil, foi criado em 1994 no Brasil, por meio de uma parceria entre o Ministério da Saúde (MS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), como estratégia para organizar os serviços de saúde a partir da atenção básica, procurando pôr em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua expansão ganhou impulso a partir do ano de 1996, com a operacionalização NOB-SUS 96. A partir daí, a família, e não somente o indivíduo, passa a ter enfoque como unidade de ação programática de saúde (COSTA, 2004).

A estruturação do PSF aconteceu, baseada em modelos assistenciais à família, já existentes em países como o Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra que serviram de referência na formulação do programa brasileiro. Através de uma

concepção de trabalho que se notabiliza pela proposta do estabelecimento de inter-relações entre os vários setores responsáveis pela assistência à saúde, a ESF propõe uma ação mais ampliada nesses setores que se inicia na Unidade Básica e vai até os níveis de maior complexidade na rede de serviços, caracterizando a referência e contrarreferência (MERHY, 2003).

O PSF foi lançado por meio da Portaria n.º 692 do Ministério da Saúde, como política nacional de atenção básica, de caráter organizativo e substitutivo, com a intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde, ficando estabelecido que esta fosse uma estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários (BRASIL, 1994).

E, baseado neste contexto, para poder efetivar a reorganização do sistema de saúde previsto pelo SUS, deu-se início a implantação de estratégias como modelos alternativos propondo a democratização da saúde como direito à cidadania e pela defesa da vida individual e coletiva, sensíveis o suficiente para dar relevância aos aspectos distintivos que podem caracterizar a reorientação do modelo assistencial em direção aos princípios do SUS (MACHADO, 2008).

Além destes princípios gerais que regem a atenção básica, existem ainda os princípios que direcionam as ações dessa estratégia, que visam planejar as atividades de acordo com as necessidades da comunidade. Com isso, a ESF tem uma grande responsabilidade com a saúde do indivíduo e da comunidade, individualmente e em sua coletividade, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas, trabalhando com a promoção da saúde (CONNIL, 2008).

A ESF tem como objetivo, ainda, acolher a todos os cadastrados em sua área de abrangência de forma equânime, acolhendo e assistindo no que for necessário. É importante lembrar que esse programa se constitui no primeiro contato do usuário com o serviço de saúde, representando uma verdadeira “porta de entrada” do sistema. Ele que organiza, referencia e contrarreferencia para os diferentes níveis do sistema (SHARAIBER, MENDES, GONÇALVES, 2010).



Para que uma Unidade de Saúde da Família funcione, é necessário que se faça um elo entre as quatro diretrizes operacionais, iniciando com a adscrição da clientela (cadastramento e acompanhamento da população vinculada a uma determinada área), seguida do cadastramento das famílias através de visitas domiciliares e de acordo com área de abrangência, de forma que seja garantida atenção integral aos indivíduos e, às famílias, que seja assegurada uma assistência de qualidade a toda população (BRASIL, 2012a).

Para o desenvolvimento de suas atividades, a ESF conta com o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) que permite gerenciar informações relevantes sobre a saúde da população da área de abrangência, além de acompanhar os quantitativos de produção dos profissionais, devendo ser alimentado mensalmente pelo município, pois é um dos requisitos para a transferência de valores da União para o Fundo Municipal de Saúde.

A ESF vem conquistando avanços significativos na atenção básica como também, tem colaborado para a reorganização do sistema de saúde no Brasil. Destaca-se, entre os avanços, uma maior facilidade da população mais excluída da sociedade no acesso aos serviços públicos de saúde existentes no município, através das Unidades de Saúde da Família. O fato dessas Unidades se localizarem nos bairros, favorece o estabelecimento de vínculos com os profissionais do PSF, assim como da possibilidade de realização de visitas domiciliares, quando necessárias (SHARAIBER; MENDES; GONÇALVES, 2010).

Desta forma, a ESF é uma estratégia política com um contribuinte potencial para diminuição das iniquidades na atenção básica, ampliando o acesso nesse nível da atenção, mas não supera as desigualdades na saúde, porque esta é uma das questões amplas e complexas que exigem alterar os fatores determinantes políticos, socioculturais, econômicos e ambientais (GIL, 2006).

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

Dadas as características do objeto de estudo, optou-se por pesquisa de abordagem quantiquantitativa, considerando-se o ambiente social como fonte privilegiada de dados.

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 evidências quantitativas e tem um lugar diferenciado na pesquisa de avaliação (YIN, 2010).

#### **3.2 LOCAL DO ESTUDO**

A escolha dos 05 municípios (Itagibá, Itaquara, Itiruçu, Jitaúna e Lafaiete Coutinho) estudados foi intencional, utilizando como critério a proximidade com a universidade e a facilidade encontrada para as visitas aos municípios, 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 dos 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 locais regionais.

### 3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

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 dois grupos de sujeitos que se encontram inseridos no processo do planejamento das ações em saúde, considerando a significância da sua vivência que se entrelaça com o tema proposto à investigação, com o intuito de compreender a realidade.

**Grupo I-** Gestores do sistema de saúde municipal.

**Grupo II-** Coordenadores da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Assim, obtiveram-se, como sujeitos da pesquisa, 05 secretários de saúde municipal e 10 enfermeiros coordenadores da ESF.

### 3.4 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Inicialmente, para coleta dos dados, foram realizadas visitas aos 05 municípios que participaram do projeto, a fim de estabelecer contato com as autoridades locais, apresentar a intenção da pesquisa, sensibilização sobre a importância da participação dos gestores na realização do estudo e para a obtenção do consentimento para o acesso aos dados e documentos necessários, assim como para a realização das entrevistas.

Utilizou-se a entrevista semiestruturada como técnica de coleta de dados, uma fonte de expressão das ideias 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 (MINAYO, 2010).

Por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas com auxílio do gravador, com os gestores municipais e gestores da ESF, foram coletadas a identificação, que permitirá traçar o perfil do gestor, e informações que permitam analisar os diferentes

níveis de percepção destes sobre: o SUS, a organização do processo de trabalho no município, o processo administrativo em saúde pública (organização do Setor, organização da demanda; capacidade instalada, recursos humanos, forma de gestão e distribuição de poder; articulação interna e intersetorial); a efetividade do sistema de referência e contrarreferência; o uso dos indicadores de saúde; o modelo de atenção que vem sendo utilizado; as necessidades de mudanças na forma de organização dos serviços públicos no nível local e sobre a participação comunitária no processo decisório das políticas públicas de saúde.

As entrevistas foram realizadas utilizando-se os instrumentos de coleta de dados, elaborados para o projeto PP SUS (ANEXOS), e destas foram exploradas as questões relacionadas à 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. As entrevistas foram previamente agendadas e ocorreram nos municípios estudados, nos próprios setores onde cada entrevistado atua.

As outras técnicas que foram utilizadas como fonte de informação foram: a observação sistemática e a pesquisa documental para responder a propósitos pré-estabelecidos, através de um planejamento prévio. Por meio de avaliação *in locu* e de pesquisa documental foram obtidos dados sobre: o contexto político do município no SUS; os recursos humanos; as ações coletivas; o planejamento; o mecanismo de avaliação das ações e serviços; a aplicação dos recursos da área da saúde; o acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade.

### 3.5 MÉTODOS DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados foram analisados quantitativamente por meio de estatística descritiva no programa Excel for Windows, onde foram calculados frequências absolutas, percentuais, medidas de tendência central e indicadores de saúde. A análise qualitativa utilizou a análise de conteúdo de Bardin (2011) que é entendida como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter através dos conteúdos das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que

permitam inferência de conhecimentos relativos às condições de recepção destas mensagens”. Análise de Conteúdo ocorre através das seguintes fases:

1ª) Fase da pré-análise: fase em que o material a ser analisado é organizado; onde há a realização de leituras flutuantes em que o pesquisador familiariza-se com os documentos a serem analisados; e onde existe a escolha dos documentos no intuito de delimitar esse universo (constituição do corpus).

2ª) Fase de exploração do material: fase onde há a manipulação de forma ordenada do material a ser analisado.

3ª) Fase de tratamento dos dados, inferência e interpretação: fase em que os dados são manuseados de forma a serem descritos através dos achados da pesquisa e podem ser expressos de forma qualitativa ou quantitativa.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Previamente à coleta de dados, os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos, anonimato e sigilo das informações deste projeto, facultando-lhes a decisão de participar ou não do estudo, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

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, baseado na Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde que estabelece as normas da pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012b).

## 4 RESULTADOS

O resultado desta pesquisa foi apresentado no formato de dois artigos científicos, que foram elaborados considerando-se as instruções que constam no site das revistas selecionadas para a submissão.

Estes manuscritos visam atender o objetivo proposto por este estudo, uma vez que permite traçar o perfil e analisar os conhecimentos dos gestores de saúde dos municípios de pequeno porte sobre o SUS.

Para responder aos objetivos específicos, foram elaborados os artigos “**Perfil dos gestores de saúde dos municípios de pequeno porte**” e “**Conhecimento dos gestores de municípios de pequeno porte sobre o SUS**”.

#### 4.1 MANUSCRITO 01: PERFIL DOS GESTORES DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE

Elaborado conforme as instruções que constam no site da **Revista de Saúde Pública do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (Revista Physis)**. Acesso em janeiro de 2014.

#### PERFIL DOS GESTORES DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE

Andresa Teixeira Santos<sup>1</sup>  
Sergio Donha Yarid<sup>2</sup>

#### Resumo

Muitas têm sido as dificuldades encontradas pelos municípios frente ao processo de efetivação do SUS, dentre as quais se destacam o Planejamento das ações em saúde e a gestão do sistema municipal de saúde. Assim, objetivo desse estudo é traçar o perfil dos gestores do Sistema de Saúde de municípios de pequeno porte. Neste estudo, participaram os gestores dos municípios com até 20.000 habitantes, circunscritos na 13<sup>a</sup> Dires. Utilizou-se a entrevista como técnica de coleta de dados. A análise de dados foi realizada mediante a análise estatística descritiva e a utilização da técnica Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011). Os dados evidenciaram que existem dificuldades enfrentadas pelos municípios de pequeno porte devido à alta precarização dos vínculos, a falta de políticas voltadas à fixação de profissionais, ausência de Plano de Carreiras, Cargos e Salários e a ausência de instituição da Política de Educação Permanente, evidenciada nos municípios estudados. Por tais razões, há a necessidade de mudança de direcionalidade na política municipal de saúde dos municípios de pequeno porte, visando reduzir as dificuldades e limites identificados, bem como de garantir uma assistência de qualidade à população.

**Palavras-chave:** Planejamento em Saúde; Avaliação em saúde; Gestão em Saúde.

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.

<sup>2</sup> Professor Adjunto do curso de Odontologia e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

## **Abstract**

Many have been the difficulties encountered by municipalities across the process of realization of the SUS among which stands out the planning of health actions and management of the district health system. Managers of municipalities Thus, aim of this study is to trace the profile of the managers of the Health System of the Unified Health System participated in this study with up to 20,000 inhabitants, circumscribed in 13th DORES. Was used as a technique for data collection interviews and systematic observation. Data analysis was performed by descriptive statistical analysis, and the use of technical content analysis proposed by Bardin (2011). The data showed that there is difficulty faced by small towns due to the high instability of the bonds, the lack of policies to permanent staf, no Plan Careers , Jobs and Salaries absence of the institution of the Permanent, Education Policy evidenced in the cities studied . For these reasons, there is need for change of directionality in municipal health policy of small municipalities to reduce the difficulties and limitations identified and ensure quality care population.

**Keywords:** Health Planning; Health evaluation; Health Management.

## **INTRODUÇÃO**

A articulação de um conjunto amplo, e por vezes heterogêneo, de organizações é a estratégia adotada na implementação de políticas na área social frente à complexa rede de causalidades dos problemas e da interface com diferentes atores e setores.

O setor da saúde agrega diferentes atores, unidades, programas e serviços para garantir o cuidado à saúde de toda a sociedade, conformando interesses e conflitos que exigem um grande esforço e muita competência na sua gestão. O processo de consolidação do Sistema Único de Saúde estimula os gestores a identificarem, selecionarem e elaborarem instrumentos que os auxiliem na condução da gestão. Esta prática contribui para o melhor aproveitamento das oportunidades e para a superação de desafios na implementação de políticas de saúde. A descentralização da gestão é um importante pilar desta consolidação (VIEIRA, 2009), a qual se concretiza pela transferência de serviços, poder, recursos e responsabilidades aos municípios. Uma política substantiva de descentralização e com abertura para o controle social reforça a tendência de reduzir a forma normativa e centralizada da gestão no nível federal e confere, aos municípios, a direcionalidade que o sistema necessita para produzir saúde. A política de descentralização administrativa pressupõe a criação de estratégias para a



superação de entraves gerenciais do setor. Nesse contexto, o planejamento passou a ser considerado como uma importante ferramenta para o efetivo funcionamento do SUS (FARIA et al., 2009).

O planejamento é um instrumento de gestão das três esferas de governo no âmbito do SUS, permitindo a definição de objetivos e a organização das ações a serem desenvolvidas. Além disso, o planejamento facilita o acompanhamento, a fiscalização, o controle dos gastos e a avaliação dos resultados obtidos. É um instrumento de gestão fundamental para o cumprimento das diretrizes operacionais que orientam o Sistema Único de Saúde e que compõe parte do seu arcabouço legal (MENDES, 2010).

A importância do planejamento dos serviços de saúde está relacionada com o comprometimento com o produto das ações, numa relação direta com a gestão e o controle, em concordância com a realidade dos serviços, com a disponibilidade de recursos e com as necessidades em saúde da população (MENDES, 2010).

O estabelecimento de responsabilidades de municípios, estados e Federação, quanto ao planejamento, institui a necessidade permanente de informações que favoreçam a reflexão dos gestores sobre os modos de operar as atividades de planejamento e os auxiliem na tomada de decisões para ajustá-las às necessidades do SUS.

Assim, este estudo tem por objetivo traçar o perfil dos gestores do Sistema de Saúde e coordenadores da ESF dos municípios de pequeno porte que compõem a 13ª DIRES.

## **Metodologia**

Dadas as características do objeto de estudo, optou-se por uma pesquisa de abordagem quantiqualitativa. Foi realizado um estudo de caso, caracterizado como uma investigação empírica que pode ser utilizado através de uma mistura de evidência quantitativa e tem um lugar diferenciado na pesquisa de avaliação (YIN, 2010).

A escolha dos 05 municípios (Itagibá, Itaquara, Itiruçu, Jitaúna e Lafaiete Coutinho) estudados foi intencional, utilizando como critério a proximidade com a universidade, 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) e financiado pelo Ministério da Saúde. Este programa tem por objetivo traçar o perfil dos 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 locorregionais.

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 dois grupos de sujeitos que se encontram inseridos no processo do planejamento das ações em saúde, considerando a significância da sua vivência que se entrelaça com o tema proposto à investigação, com o intuito de compreender a realidade.

**Grupo I-** Gestores do sistema de saúde municipal.

**Grupo II-** Coordenadores da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Assim, foram obtidos como sujeitos da pesquisa 05 secretários de saúde municipal e 10 enfermeiros coordenadores da ESF.

Inicialmente, para coleta dos dados, foram realizadas visitas aos municípios que participaram do projeto, a fim de estabelecer contato com as autoridades locais, apresentar a intenção da pesquisa, sensibilizar sobre a importância da participação dos gestores na realização do estudo e obter o consentimento para o acesso aos dados e documentos necessários, assim como para a realização das entrevistas.

Foi utilizada como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada, uma fonte de expressão das ideias 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 (MINAYO, 2010).

Os dados coletados foram analisados quantitativamente por meio de estatística descritiva no programa Excel for Windows. Já para a análise qualitativa, utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin (2011).

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, baseado na Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, que estabelece as normas da pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012).

## Resultados

A partir dos dados das entrevistas, estabeleceu-se o perfil dos trabalhadores do setor de saúde responsáveis pelo planejamento das ações neste campo: coordenação da Secretaria Municipal de Saúde (Secretários de Saúde) dos municípios casos e dos enfermeiros coordenadores da ESF dos municípios casos.

**Quadro 01:** Caracterização dos Secretários Municipais de Saúde, Bahia, 2014.

| CATEGORIAS                   | MUNICÍPIO 01      | MUNICÍPIO 02      | MUNICÍPIO 03 | MUNICÍPIO 04 | MUNICÍPIO 05        |
|------------------------------|-------------------|-------------------|--------------|--------------|---------------------|
| Gênero                       | Feminino          | Feminino          | Masculino    | Feminino     | Feminino            |
| Reside no município          | Sim               | Sim               | Sim          | Sim          | Sim                 |
| Experiência prévia na gestão | Sim               | Sim               | Não          | Não          | Sim                 |
| Formação                     | Superior completo | Superior completo | Nível médio  | Nível médio  | Superior incompleto |
| Pós-graduação                | Sim               | Não               | Não          | Não          | Não                 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Dos gestores pesquisados, 80% são do gênero feminino e 100% possuem domicílio na cidade onde atuam.

Na análise da dimensão experiência prévia na gestão, 60% responderam de forma positiva. 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. A Secretária de Saúde do município 02 também possuiu experiência na gestão da saúde, uma vez que ocupou cargo de Diretora orçamentária de saúde em outro município da microrregião. Os Secretários de saúde do município 03 e 04

não possuem experiência prévia na gestão. Já a secretária de saúde do município 05 possui experiência como diretora administrativa de um hospital.

Foi possível identificar que 60% dos informantes não possuem formação superior. A gestora do município 01 é graduada em Enfermagem, possui pós-graduação *Lato Sensu* em Saúde Pública e Saúde da Família. O secretário de saúde do município 02 possui bacharelado em Direito e não possui nenhuma pós-graduação, enquanto os gestores da saúde dos municípios 03 e 04 não possuem formação superior. O gestor do município 05 está concluindo o curso de graduação em Administração. Vale ressaltar que nos municípios pesquisados, 80% dos gestores possuem vínculo empregatício temporário com o município onde estes possuem cargos, através de nomeação pelo gestor local. Apenas o gestor do município 02 tem vínculo efetivo com o município como professor.

**Quadro 02:** Caracterização dos enfermeiros coordenadores da ESF. Município 01, Bahia, 2014.

| <b>CATEGORIAS</b>     | <b>COORDENADOR DA ESF 01</b> | <b>COORDENADOR DA ESF 02</b> | <b>COORDENADOR DA ESF 03</b> |
|-----------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Gênero                | Feminino                     | Feminino                     | Feminino                     |
| Reside no município   | Sim                          | Não                          | Sim                          |
| Tipo de vínculo       | Contratado                   | Contratado                   | Contratado                   |
| Tempo na mesma equipe | 4 meses                      | 4 anos                       | 8 meses                      |
| Pós-graduação         | Saúde pública com ênfase PSF | Urgência e emergência        | Saúde Pública                |

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

**Quadro 03:** Caracterização dos enfermeiros coordenadores da ESF. Município 02, Bahia, 2014.

| <b>CATEGORIAS</b>     | <b>COORDENADOR DA ESF 01</b>    | <b>COORDENADOR DA ESF 02</b> |
|-----------------------|---------------------------------|------------------------------|
| Gênero                | Feminino                        | Feminino                     |
| Reside no município   | Não                             | Não                          |
| Tipo de vínculo       | Contrato                        | Contrato                     |
| Tempo na mesma equipe | 9 meses                         | 1 ano                        |
| Pós-graduação         | Saúde pública com ênfase em PSF | Não possui                   |

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

**Quadro 04:** Caracterização dos enfermeiros coordenadores da ESF. Município 03, Bahia, 2014.

| <b>Categorias</b>     | <b>Coordenador da ESF 01</b> | <b>Coordenador da ESF 02</b> |
|-----------------------|------------------------------|------------------------------|
| Gênero                | Feminino                     | Feminino                     |
| Reside no município   | Sim                          | Sim                          |
| Tipo de vínculo       | Contratado                   | Contratado                   |
| Tempo na mesma equipe | 2 anos e seis meses          | 3 anos                       |
| Pós-graduação         | Saúde coletiva               | Não                          |

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

**Quadro 05:** Caracterização dos enfermeiros coordenadores da ESF. Município 04, Bahia, 2014.

| <b>Categorias</b>     | <b>Coordenador da ESF 01</b> | <b>Coordenador da ESF 02</b> |
|-----------------------|------------------------------|------------------------------|
| Gênero                | Feminino                     | Feminino                     |
| Reside no município   | Sim                          | Sim                          |
| Tipo de vínculo       | Contratada                   | Contratada                   |
| Tempo na mesma equipe | 1 ano                        | < 1ano                       |
| Pós-graduação         | Saúde pública                | Não possui                   |

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

**Quadro 06:** Caracterização dos enfermeiros coordenadores da ESF. Município 05, Bahia, 2014.

| <b>Categorias</b>     | <b>Coordenador da ESF 01</b> |
|-----------------------|------------------------------|
| Gênero                | Feminino                     |
| Reside no município   | Sim                          |
| Tipo de vínculo       | Contratada                   |
| Tempo na mesma equipe | <1 ano                       |
| Pós-graduação         | Saúde coletiva e auditoria   |

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Na análise das dimensões dos municípios avaliados no que tange aos coordenadores da ESF, o gênero feminino prevaleceu em 100%. 70% das entrevistadas possuem pós-graduação *lato sensu*, 100% das enfermeiras possuem cargo por nomeação do gestor local e 70% têm um ano ou menos na mesma equipe.

## Discussão dos Resultados

No setor saúde, as experiências ao longo dos anos têm revelado a formatação de um novo desenho de mercado de trabalho no SUS, centrado na contenção de gastos, congelamento e redução dos salários, desregulação das relações de trabalho por meio da flexibilização na contratação de pessoal, principalmente nas iniciativas referentes à expansão da ESF, constituindo-se num desafio ao processo de construção da política de gestão do trabalho em saúde para o SUS (BRASIL, 2005; GIRARDI, 1999).

A precarização das relações de trabalho impacta negativamente na eficiência e eficácia dos serviços de saúde prestados à população, promovendo vulnerabilidade e incertezas do vínculo, interferindo na qualidade e na continuidade da assistência.

Para tratar conceitualmente o trabalho precário, Kalleberg (2009, p. 1) o define como o que envolve o trabalho imprevisível, incerto, em que os próprios trabalhadores assumem os riscos empregatícios. Na concepção de Druck (2009) apud Correia e Prêdes (2009, p. 26), a precarização é um fenômeno proveniente das modificações no arcabouço jurídico trabalhista e social, na reconfiguração do papel do Estado e das políticas sociais e é caracterizada pela insegurança, impactando ainda as formas de gestão do trabalho.

Para as Entidades Sindicais que representam os trabalhadores do SUS, o trabalho precário está caracterizado não apenas como ausência de direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, mas também como ausência de concurso público ou processo seletivo público para assunção de cargo permanente ou emprego público no SUS (BRASIL, 2006).

O desempenho dos municípios para os indicadores vínculo de trabalho possibilitou demonstrar a precariedade na relação trabalhista. A maioria dos gestores municipais de saúde e enfermeiros coordenadores da ESF dos municípios de pequeno porte entrevistados não atingiram os parâmetros mínimos estabelecidos de pessoal com vínculo permanente.

Segundo Brasil (2006), o enorme processo de precarização do trabalho que ocorreu até então acarretou uma condição em que cerca de 600 mil trabalhadores encontravam-se nessa condição até o ano de 2006, colocando, então, o expressivo

contingente de trabalhadores que prestam assistência à população em franca situação de desconforto e de insegurança trabalhista e social.

Observou-se, neste estudo, a grande permanência de vínculos frágeis dos secretários de saúde (80%) e coordenadores da ESF (100%). Os estudos realizados no âmbito da atenção básica comprovam a contradição entre o princípio da efetivação dos vínculos entre os profissionais de saúde e a população e a gestão do trabalho em saúde, marcada pela precarização das relações de trabalho na ESF (SILVA, 2010; SILVA; FIGUEIRÓ, 2008).

Conforme Flegele e colaboradores (2010), essa situação confirma a existência de formas atípicas e precárias de trabalho no SUS, que rompem com as regras básicas de regulamentação do trabalho, estabilidade, jornada de trabalho e os direitos previdenciários e trabalhistas.

As exigências atuais em relação às atividades de planejamento pressupõem a necessidade de profissionais qualificados e permanentes para seu desenvolvimento. O vínculo não permanente de trabalho no serviço público contraria os princípios normativos da administração pública (BRASIL, 1988). O não cumprimento desta norma pode comprometer a continuidade do processo de trabalho e até mesmo inviabilizar o cumprimento das ações planejadas, em caso de mudança de gestão.

No Estudo, verificou-se que a maioria dos coordenadores da ESF possui o tempo permanência na ocupação menor ou igual um ano (70%), o que pode interferir no estabelecimento de vínculo por falta de continuidade na atenção. O estudo de Linha de Base conduzido por Camargo Júnior et al. (2006) apontou a descontinuidade administrativa em alguns municípios do lote avaliado (Minas Gerais e Espírito Santo), decorrente da mudança da gestão municipal e da rotatividade dos técnicos, que, para os autores, comprometem a viabilidade de qualquer projeto político no campo da saúde.

Para Bodstein (2002), a descontinuidade administrativa gera profundas variações no desempenho técnico-político dos gestores locais na prestação de serviços, na implementação de programas e políticas de saúde, trazendo consigo um conjunto considerável de riscos e incertezas.

Desse modo, faz-se necessário construir formatos institucionais capazes de reduzir a vulnerabilidade do SUS e assegurar certa proteção, face à turbulência da vida político-partidária, que possibilitem a efetividade, eficiência e eficácia da gestão (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Quanto à qualificação, considera-se que a formação de especialistas em saúde pública, gestão em saúde, saúde coletiva e planejamento pode imprimir qualidade ao desenvolvimento das ações em saúde desenvolvidas nos municípios (BRASIL, 2006). No entanto, foi percebida a precariedade na formação dos secretários de saúde entrevistados, onde 60% não possuem formação superior completa.

Isso pode ser comprovado também pela Pesquisa de Informações Básicas Municipais (Munic) do IBGE, onde se demonstrou que um em cada três secretários municipais de saúde do Brasil não tem diploma universitário, fato que se apresenta com maior expressividade em municípios de pequeno porte (BRASIL, 2012).

Assim, em relação à temática perfil dos gestores em Atenção Básica dos municípios de pequeno porte, percebem-se problemas marcados por precarização das relações de trabalho, envolvendo flexibilização nas condições de remuneração adotada, vínculos irregulares, ausência de uma política de Gestão de trabalho em Saúde que atenda às necessidades do SUS no âmbito local (SILVA, 2010), comprometendo, assim, a efetivação dos princípios estruturais e ideológicos voltados para o acolhimento, estabelecimento de vínculos, responsabilização compartilhada entre profissionais e usuários com respeito ao encaminhamento do processo de produção e consumo de serviços de saúde.

A precarização também pode ser visualizada pela falta do Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS) nos municípios. 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 desde a Legislação e nota-se a inexistência de políticas voltadas à fixação de profissionais, de piso salarial e mesmo da criação de plano de cargos e salários nos municípios estudados.

A heterogeneidade de vínculos é um dado importante na atualidade, as 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 situações adversas do ponto de vista orçamentário, para operar avanços significativos nas



negociações, mesmo quando os pleitos dos trabalhadores são reconhecidos como legítimos (BRASIL, 2007).

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

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é uma proposta de ação estratégica que visa 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).

A CF afirma em seu Artigo 200 que compete ao Sistema Único de Saúde, além de outras atribuições, nos termos da Lei:

*III – ordenar a formação de Recursos Humanos na área da saúde;*

*V – incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico.*

Nota-se que aparecem tanto a ordenação da formação de Recursos Humanos quanto o desenvolvimento científico e tecnológico. Por conseguinte, tanto uma responsabilidade para com a formação de pessoal de saúde de modo geral quanto para a produção específica de conhecimento e tecnologia no âmbito do próprio Sistema. Ao conceber a área de formação como a ação educativa de qualificação de pessoal e a ação investigativa da pesquisa e inovação, a lei prevê que os órgãos gestores do SUS estruturem mecanismos de atuação educacional, que deem conta de ambas as funções (BRASIL, 1988).

## **Conclusão**

Ao traçar o perfil dos gestores do Sistema de Saúde dos municípios de pequeno porte, encontrou-se a presença majoritária do gênero feminino, 80% para os secretários de saúde e 100% para os coordenadores da ESF. Evidenciou-se também a falta de formação dos secretários de saúde, sendo que 60% não possuem formação superior. Percebeu-se a fragilidade dos vínculos, sendo que 80% dos secretários de saúde e 100% dos coordenadores da ESF possuem vínculos frágeis. Além disso, outros dados encontrados foram a inexistência da criação de Plano de

Carreiras, Cargos e Salários e a ausência de instituição da Política de Educação Permanente.

Os resultados obtidos apontam para a necessidade de fortalecer, a nível municipal, políticas públicas voltadas para o fortalecimento da gestão dos sistemas de saúde, através da reorganização do modelo de atenção.

## REFERÊNCIAS

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

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

\_\_\_\_\_. **Lei nº 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 da saúde e da outras providências. Brasília-DF, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde**: agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Regulação e do Trabalho em Saúde. **Documento da proposta de Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS**. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão do Trabalho na Saúde**/ Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2007.116p.

\_\_\_\_\_. RESOLUÇÃO Nº 466/ 2012b. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselhos Nacionais de Saúde, 2012.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. São Paulo. Edições 70, 2011.

CAMARGO JR. et al. **Estudo de linha de base Proesf, lote 1 Sudeste**: Minas Gerais e Espírito Santo. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj, 2006. Relatório Final.

CORREIA, M. V. C; PRÉDES, R. L. **Re-latório técnico da pesquisa As formas de gestão do trabalho em saúde e o processo de precarização do trabalho em saúde no setor público do estado de Alagoas**. Maceió: UFAL, 2009.

FARIA, H. WERNECK, M. SANTOS, M.A. TEXEIRA, P.F. **Processo de trabalho em saúde**.Curso de Especialização em Atenção Básica em saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Editora UFMG, 2009.

GIRARDI, S. **A regulação dos recursos humanos em saúde e a reforma do setor saúde em países da América Latina**. Washington. DC: Organização Pan-Americana da Saúde, 1999.

IBGE. Pesquisa de Informações Básicas Municipais. **Perfil dos Municípios Brasileiros, 2012**.

KALLEBERG, A.L. O crescimento do trabalho precário: um desafio global. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. Vol. 24, nº. 69.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2010, v.15, n.5, pp. 2297-2305. ISSN 1413-8123.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

PAIM, J.S; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. S1819-S1829, nov. 2007. Suplemento

SILVA, G.; FIGUEIRÓ, A. C. Linha de Base Matricial da Implementação do Proesf. In: HARTZ, Z.; FELISBERTO, E.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M (Org.). **Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 71-96.

SILVA, M. **Avaliação da rede de unidades de saúde da família com foco na integralidade**. 2010. 131 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2009, v.14, suppl.1, p. 1565-1577. ISSN 1413-8123.

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

## 4.2 MANUSCRITO 02: CONHECIMENTO DOS GESTORES DOS SISTEMAS DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE SOBRE O SUS

Elaborado conforme as instruções que constam no site da **Revista Saúde e Sociedade da Universidade São Paulo**. Acesso em fevereiro de 2014.

### CONHECIMENTO DOS GESTORES DOS SISTEMAS DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE SOBRE O SUS

Andresa Teixeira Santos<sup>1</sup>  
Sergio Donha Yarid<sup>2</sup>

#### Resumo

O comprometimento do município com o processo de efetivação do Sistema Único de Saúde se volta para a autogestão por meio da redistribuição de competências e de remanejamentos dos recursos financeiros, humanos e físicos, necessários à implementação das práticas de saúde. O objetivo do estudo é analisar o conhecimento dos gestores dos sistemas de saúde dos municípios de pequeno porte sobre o SUS. Neste estudo, participaram os gestores dos 05 municípios com até 20.000 habitantes, circunscritos na 13ª Dires. Utilizou-se como técnica de coleta de dados a entrevista. A análise de dados foi realizada mediante a utilização da técnica Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011). Os dados evidenciaram gestores de saúde possuem conceito reducionista sobre o SUS, entendem o SUS como um sistema universal e que possui arcabouço legal que lhe garante legitimidade. No entanto, entendem que todo o apregoado pelo SUS ainda não se concretizou e compreendem a ESF como uma importante ferramenta para organização do sistema.

**Palavras-chave:** Planejamento em Saúde; Avaliação em saúde; Gestão em Saúde.

#### Abstract

The commitment of the municipality to the process of realization of the Unified Health System Turns to self-management through redistribution of powers and reshuffling of financial , human and physical , necessary for the implementation of health practices resources. The objective of the study is to analyze the knowledge of managers of health systems in small towns on SUS. Managers participated in this study of 05 municipalities with up to 20,000 inhabitants, circumscribed in 13th Dires. Was used as a technique for data collection interview. Data analysis was performed by using

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.

<sup>2</sup> Professor Adjunto do curso de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

the content analysis technique proposed by Bardin (2011). Data showed health managers own reductionist concept of the SUS SUS understand how a universal system, which has a legal framework that ensures legitimacy. However, understand that the whole hyped by SUS has not materialized and understand the ESF as an important tool for organizing the system.

**Keywords:** Health Planning; Health evaluation; Management in Health.

## INTRODUÇÃO

As mudanças ocorridas no âmbito da saúde desde a década de 80 têm trazido novas demandas para o setor, tanto no que diz respeito à assistência hospitalar, pré-hospitalar, como na atenção primária à saúde. Correspondem em linhas gerais à oferta de novos serviços incluídos na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), os quais geram a necessidade de programas e estratégias eficazes junto ao sistema, firmados em seus preceitos, com fins a efetivá-lo em suas prerrogativas descritas e regulamentadas pela Lei 8080/90.

A partir da criação do SUS em 1988, o Brasil, que até então tinha como foco de suas ações de saúde a assistência médico-hospitalar por meio do sistema previdenciário, passou a implementar políticas de saúde visando o fortalecimento da Atenção Primária, reafirmando assim, os impactos da Conferência de Alma Ata, que traz esse tema como foco da discussão e defende o fortalecimento dessas ações como forma de alcançar a ampliação do acesso aos serviços de saúde e melhoria da situação de saúde da população.

Tornar o SUS atuante e resolutivo tem demandado tempo e recursos do país, porém, sabe-se que um dos maiores desafios para o sistema tem sido a forma de organização das ofertas de ações e serviços em saúde na prática cotidiana, principalmente buscando a eficácia das ações na Estratégia de Saúde da Família (ESF) (CONILL, 2008).

A efetivação das mudanças no sistema de saúde exige uma gama de tecnologias e estratégias para o cumprimento de suas metas e objetivos na procura por reestruturação no setor saúde, através da organização de um sistema universal e igualitário. Este sistema precisa romper definitivamente com o modelo de atenção à saúde antigo, outrora dominante, mas que ainda encontra-se presente nos dias atuais em algumas práticas de saúde, centrada apenas na cura de doenças, não possibilitando o avanço de uma nova política de saúde voltada para o usuário e

fundamentada nos princípios organizativos do SUS (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007).

O SUS segue uma mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional. Não se trata, portanto, de uma prestação de serviço ou uma instituição, mas de um “Sistema” estruturado em nível nacional, composto por unidades, serviços e ações que interagem, objetivando um fim comum, baseado nos princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social (BRASIL, 1990).

A compreensão do seu caráter estratégico aponta para o desafio de recombinar recursos do sistema capazes de organizar e ofertar serviços de saúde baseados em princípios de acessibilidade, longitudinalidade nos cuidados prestados pela equipe de saúde, integralidade, focalização na família e orientação comunitária (MENDES, 2002).

Neste sentido, o principal marco na busca pela reestruturação do primeiro nível da atenção aqui no país, denominado nacionalmente de Atenção Básica, foi a criação do Programa Saúde da Família em 1994, a partir do sucesso do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Com esse programa, visava-se a ampliação de cobertura de serviços para garantia da universalidade da assistência. Todavia, o PSF apresentou-se como um espaço privilegiado de reorientação do processo de trabalho em saúde no nível local, por permitir o trabalho em um território e com perspectivas de mudanças no objeto das práticas de saúde, bem como na relação desses com os múltiplos sujeitos envolvidos (TEIXEIRA, 2002).

Partido deste pressuposto, em 1997 o PSF foi considerado como estratégia para a reorientação da Atenção Primária e, conseqüentemente, do modelo de atenção à saúde no país (BRASIL, 1997). Entretanto, o que caracteriza a mudança de status de programa para estratégia não é o marco institucional-normativo, e sim as práticas em saúde a serem desenvolvidas nos contextos locais (PAIM, 2008).

A sua (re)orientação ou (re)organização no Brasil deu-se mediante a implantação da ESF que, segundo Paim (2003), caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados.

Para tanto, é indispensável possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial

do sistema de saúde, com território adscrito, de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada e em consonância com o princípio da equidade, utilizando tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

Para ocorrer mudanças no processo, planejamento e gestão no SUS, necessita-se que mudanças nas dimensões gerenciais e organizacionais também aconteçam, pois a relação sujeito/objeto das práticas de saúde depende, dentre outras coisas, de como a rede de atenção está estruturada, bem como da forma como a política de saúde é pensada e implementada no âmbito local (TEIXEIRA, 2002).

Assim, este estudo tem por objetivo analisar o conhecimento dos gestores municipais do Sistema de Saúde e coordenadores da ESF dos municípios de pequeno porte sobre o Sistema Único de Saúde.

## METODOLOGIA

Dadas as características do objeto de estudo, optou-se por pesquisa de abordagem quantiquantitativa. Foi realizado um estudo de caso, caracterizado como uma investigação empírica que pode ser utilizada através de uma mistura de evidência quantitativa e tem um lugar diferenciado na pesquisa de avaliação (YIN, 2010).

A escolha dos 05 municípios (Itagibá, Itaquara, Itiruçu, Jitaúna e Lafaiete Coutinho) estudados foi intencional, utilizando como critério a proximidade com a universidade e a facilidade encontrada para as visitas aos municípios, visto que este estudo faz parte de um projeto de pesquisa maior do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, projeto esse 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 dos 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 locais regionais.

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 dois grupos de sujeitos que se encontram inseridos no processo do planejamento das ações em saúde, considerando a significância da sua vivência que se entrelaça com o tema proposto à investigação, com o intuito de compreender a realidade.

**Grupo I-** Gestores do sistema de saúde municipal.

**Grupo II-** Coordenadores da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Obtendo assim como sujeitos da pesquisa 05 secretários de saúde municipal e 10 enfermeiros coordenadores da ESF.

Inicialmente, para coleta dos dados, foram realizadas visitas aos municípios que participaram do projeto, a fim de estabelecer contato com as autoridades locais, apresentar a intenção da pesquisa, sensibilizar sobre a importância da participação dos gestores na realização do estudo e obter o consentimento para o acesso aos dados e documentos necessários, assim como para realizar as entrevistas.

Foi utilizada como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada, uma fonte de expressão das ideias 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 (MINAYO, 2010).

Os dados coletados foram analisados quantitativamente por meio de estatística descritiva no programa Excel for Windows. Já para a análise qualitativa, utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin (2011), respeitando-se as três fases.

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, baseado na Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, que estabelece as normas da pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na evolução do SUS, observa-se uma diversidade de práticas de gestão e de atenção à saúde. A construção coletiva dessa política pública é um desafio que expressa possibilidades de atenção integral por intermédio de políticas, de



organização de serviços e de práticas que visam à transformação das condições de vida e saúde da população em diferentes cenários no país.

No texto da Constituição Brasileira de 1988, aponta-se o Estado como responsável em prover o direito à saúde, mediante elaboração de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, bem como o acesso universal às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

A reorganização do sistema de saúde, baseada na atenção básica, teve como principal proposta a ESF, que articula noções e conceitos advindos de inúmeras disciplinas do campo da Saúde Pública e Coletiva, pautando-se na organização sistêmica dos serviços, no trabalho multiprofissional, na utilização de informação epidemiológica para o planejamento e programação das ações de saúde por meio de ações de promoção, proteção e recuperação (TEIXEIRA, 2003).

A compreensão do seu caráter estratégico aponta para o desafio de recombina recursos do sistema capazes de organizar e ofertar serviços de saúde baseados em princípios de acessibilidade, longitudinalidade nos cuidados prestados pela equipe de saúde, focalização na família e orientação comunitária (MENDES, 2002).

Nesta perspectiva, os serviços de saúde ofertados seriam estruturados tomando-se por base o reconhecimento das necessidades da população, apreendidas após o estabelecimento de vínculos entre esta e os profissionais de saúde, em contato com um dado território, articulando a promoção à saúde, a prevenção e o acolhimento, tendo como limite a adscrição da população e a programação das ações desenvolvidas (HEIMAN; MENDONÇA, 2005), sensíveis o suficiente para dar relevância aos aspectos distintivos que podem caracterizar a reorientação do modelo assistencial em direção aos princípios do SUS.

Para isso, os gestores do SUS devem possuir conhecimento suficiente sobre o sistema, de forma a planejar e gerir as ações em saúde em âmbito local. Assim, no que concerne sobre o conhecimento dos gestores de saúde dos municípios de pequeno porte sobre o SUS, o estudo demonstrou que esses compreendem o mesmo como um sistema universal, que possui arcabouço legal que lhes garante legitimidade. No entanto, entendem que precisam de organização para superar a fragmentação dos cuidados por meio de ações de prevenção e promoção da saúde juntamente com as ações de cura e reabilitação.

Tal situação fica evidente quando analisadas as falas dos Secretários de Saúde transcritas abaixo:

[...] **Política de saúde universal**, que tem seus percalços facilmente identificados, é a questão de autonomia do gestor, muitas coisas não acontecem por isso, a gente precisa de um melhor acompanhamento, uma melhor cobrança, no sentido de favorecer a garantia da universalização (Secretário de saúde 01).

[...] SUS é o sistema Único de saúde, que visa proporcionar como garante a constituição Federal a saúde **universal** como direito de todos, visa proporcionar aos seus usuários uma saúde adequada, muitas vezes não tão adequada, mas a ideia geral é que “tá” proporcionando a saúde adequada e digna aos seus usuários, mas a gente sabe que existem muitas necessidades, muitas dificuldades, muita coisa a ser melhorada (Secretário de Saúde 02).

[...] Com o surgimento do SUS se abriu uma nova história para a questão da saúde, mas o que a gente observa, o que a gente tem notado de fato SUS ainda, tá longe do que a gente pretende daquilo que é proposto pelo próprio SUS [...] infelizmente a gente não consegue botar o que está no papel do SUS, o que está na NOAS, o que está no plano de saúde (Secretário de Saúde 03).

[...] O SUS é muito bom por que é universal [...] o problema é que a gente não consegue preconizar o que o SUS manda, a gente precisaria de mais recursos e, infelizmente o recurso é insuficiente pra que a gente possa oferecer a população a importância que é o SUS (Secretário de Saúde 05).

Nota-se através das falas dos entrevistados que, embora toda a legislação aponte para o acesso às ações de saúde, no seu mais ampliado conceito, como garantia do Estado, assegurado por meio da Constituição Federal de 1988, o discurso na prática mostra uma situação diferente, onde os elementos fundamentais para a efetivação do apregoado pelo SUS com todos os seus princípios e valores ainda estão distantes da prática adequada da assistência à saúde, e não é suficiente para a efetivação de uma assistência à saúde equânime e integral a população (FACCHINI et al., 2006b; IBAÑEZ et al., 2006; SILVA, 2010; SILVA; FIGUEIRÓ, 2008).

Para garantir a universalidade da atenção, faz-se necessário a formulação de um modelo equânime. Entretanto, tem-se 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).

Assim, a organização e integração da ESF à rede de serviços de saúde é um pressuposto para a garantia da atenção à saúde nos diversos níveis de complexidade do sistema, assegurando a mobilidade do usuário e garantindo a integralidade nas ações. Pinheiro, Ferla e Silva Júnior (2007) defendem que o acesso da população a todos os níveis de atenção do sistema de saúde seria condição e ponto de partida para a construção dos princípios do SUS.

Mesmo com a compreensão do princípio da universalidade, os gestores possuem uma visão reducionista sobre o SUS como “um programa”, “um convênio”. Este entendimento 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, como se vê nas falas dos gestores.

[...] o SUS foi uma **reforma** que teve, uma conferencia nacional de saúde que veio pra reformular pra refazer, fazer com que as pessoas tenham mais acesso a saúde, tenha mais ter direito a ter saúde. Vem caminhando, mais precisa melhorar muito, vem ajudando muito gente, muita coisa que a gente não via antigamente e começou a ver (Coordenador da ESF 01)

[...] Na verdade o SUS pra mim hoje, de uma forma mais resumida seria um **plano de saúde** hoje que abrange a população, e que na verdade ele não é, não funciona no que deveria ser exercido, a gente que trabalha na área a gente sabe que o SUS deve avançar muito, apesar dele ter muito tempo ele precisa avançar muito, para que possa alcançar os objetivos propostos pelo SUS, ele é um “**plano de saúde**”, que a maioria da população utiliza mais na verdade ele não alcança os objetivos que deveriam ser alcançados (Coordenador da ESF 03).

[...] eu vejo o SUS é muito bom sabe, pra essas pessoas menos favorecidas o SUS em geral é muito bom e aqui no município no meu entendimento é um **plano de saúde** maravilhoso, igualitário e todo mundo tem o mesmo direito (Coordenador da ESF 02)

Em estudo desenvolvido em Minas Gerais por Gomes et al (2012) evidenciou que 25,7% dos gestores e profissionais entrevistados não possuem um conhecimento adequado sobre o SUS. Destes entrevistados, 17,1% o relacionaram com um plano de saúde para quem não pode pagar, e 8,6% ainda apresentaram um conceito biomédico do sistema.

Apesar de apresentarem um conceito restrito sobre o SUS, os gestores dos municípios de pequeno porte compreendem a ESF como uma importante ferramenta de organização do sistema.

[...] acho que foi a **ESF que oportunizou algumas mudanças, por ficar na comunidade** (Enfermeiro 01).

[...] Só enxergo a **ESF como algo positivo**, que dá algum resultado (Enfermeiro 03).

[...] as pessoas vem aqui na **USF e quase** sempre consegue tudo que precisa, até porque aqui a gente faz um xerox com os direitos deles e distribui (Enfermeiro 02).

Estudos apontam que a estratégia apresenta melhores resultados na dimensão das práticas do desenvolvimento das ações em saúde, como ficou evidenciado no estudo de Silva (2010), ao avaliar a rede de USF do município de Salvador, resultados estes também evidenciados e conduzidos por Ibañez et al. (2006) e por Silva e Figueiró (2008).

A ESF compromete-se na busca da organização dos serviços, ações e práticas de saúde de forma a garantir à população o atendimento mais abrangente de suas necessidades. Isso implica uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, estreitar a relação entre a atenção básica e os demais níveis de atenção à saúde e integrar os componentes preventivo e curativo das práticas (CORBO; MOROSINI, 2005).

Corbo e Morosini (2005) afirmam ainda que o sistema de saúde só é universal na medida em que se torna acessível, o que apresenta grande afinidade com o contexto ESF, já que é considerado a porta de entrada do sistema de saúde. Consideram, contudo, que deve haver uma qualificação das portas de entrada como espaços de acolhimento para a população.

## **CONCLUSÃO**

Mesmo com a compreensão do princípio da universalidade, os gestores possuem uma visão reducionista sobre o SUS como “um programa”, “um convênio”. Este entendimento afeta diretamente na implementação do sistema, uma vez que a falta desta compreensão tem dificultado a realização das ações e serviços pautados nas necessidades de saúde da população.

O estudo demonstrou que os gestores de saúde entendem o SUS como um sistema universal, que possui arcabouço legal que lhe garante legitimidade. No entanto, compreendem que todo o apregoado pelo SUS ainda não se concretizou.

Apesar de apresentarem um conceito restrito sobre o SUS, os gestores dos municípios de pequeno porte compreendem a ESF como uma importante ferramenta para organização do sistema.

Assim, desenham-se algumas alternativas às mudanças necessárias: o aprimoramento da capacitação dos gestores e profissionais de saúde para superar o conceito limitado e biomédico; maior valorização do serviço público, além do investimento concomitante na estruturação dos demais níveis de atenção à saúde por parte do governo, para garantir a criação de uma rede de atenção integral e contínua.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.O.M. de; BARRETO, I.C, de. H.C; BEZERRA, R.C. Atenção Primária a Saúde e a Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et. al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro; Fiocruz, 2006.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Lei n. 8080, 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**. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990.

\_\_\_\_\_. RESOLUÇÃO Nº 466/ 2012b. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, DF: Conselhos Nacionais de Saúde, 2012.

CONNIL, E. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 24, p. S7-S27, 2008. Suplemento.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 669-681, jul./set. 2006a.

HEIMANN, L.; MENDONÇA, M. A trajetória da Atenção Básica em saúde e do programa de saúde da família no SUS: uma abordagem de identidade. In: LIMA, N (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 481-502.

IBÁÑEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da Atenção Básica no estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, jul./set. 2006.

MENDES, E. **A atenção primária no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.
- PAIM, J. S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. *Epidemiologia e Saúde*. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI/Guanabara Koogan, 2003.
- PINHEIRO, R.; FERLA, A.; SILVA JÚNIOR, A. L. G. Integralidade nos programas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 343-349, 2007.
- SILVA, G.; FIGUEIRÓ, A. C. Linha de Base Matricial da Implementação do Proesf. In: HARTZ, Z.; FELISBERTO, E.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M (Org.). **Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 71-96.
- SILVA, M. **Avaliação da rede de unidades de saúde da família com foco na integralidade**. 2010. 131 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.
- TEIXEIRA, E. C. **O Papel das Políticas Públicas no Desenvolvimento Local e na Transformação da Realidade**. AATR-BA. 2002.
- TREVISAN, L. N.; JUNQUEIRA, L. A. P. Construindo o "pacto de gestão" no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2007.
- YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**, 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. 248p.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, buscou-se traçar o perfil e analisar o conhecimento dos gestores de saúde sobre o SUS, baseando-se em informações obtidas dos informantes-chaves envolvidos diretamente com a gestão em saúde dos municípios de pequeno porte.

Os conteúdos das entrevistas e dos documentos analisados possibilitaram a construção do conhecimento ao identificar elementos que respondessem ao objetivo da pesquisa. Foram apreendidas descrições da dimensão político-administrativa na organização dos serviços de saúde dos municípios de pequeno porte, que apresentou avanços significativos.

Entretanto, muitos desafios foram encontrados, a exemplo das dificuldades enfrentadas pelos municípios, como a inexistência do Plano de Carreiras, Cargos e Salários, resultando na alta precarização dos vínculos, sendo 80% para os secretários de saúde e 100% para os coordenadores da ESF, e a ausência de políticas voltadas para a fixação dos profissionais, o que pode resultar em alta rotatividade, dificultando o estabelecimento dos vínculos necessários para a consolidação da política de atenção à saúde, observando-se que 70% dos coordenadores apresentaram um ano ou menos na equipe.

As interrupções destes vínculos criam condições desfavoráveis para qualquer tentativa de organização de serviços e práticas de saúde que propõem efetivação de vínculos e acolhimento de clientela. Este cenário reflete na qualidade dos serviços prestados à população.

Os achados dessa pesquisa reforçam os pressupostos de que, apesar do avanço na forma de gestão dos municípios estudados, estes encontram dificuldades no desempenho das atividades assumidas no Pacto de Gestão. Estas dificuldades estão relacionadas à carência de pessoal qualificado, onde 60% dos secretários de saúde não apresentam formação superior.

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

Importante ressaltar que a educação permanente, como um instrumento de aprendizagem dos gestores para o enfrentamento de problemas, para o planejamento participativo e outros aspectos apontados neste estudo, como entraves à gestão, foi pouco valorizada. A articulação entre trabalho e educação ainda está pouco presente nas preocupações dos gestores de saúde dos municípios de pequeno porte.

Mesmo com a compreensão do princípio da universalidade, os gestores possuem uma visão reducionista sobre o SUS, como “um programa”, “um convênio”. Este entendimento afeta diretamente a implementação do sistema, uma vez que esta interpretação tem dificultado a realização das ações e serviços pautados nas necessidades de saúde da população.

O estudo demonstrou que os gestores de saúde entendem o SUS como um sistema universal que possui arcabouço legal, que lhe garante legitimidade. No entanto, compreendem que todo o apregoado pelo SUS ainda não se concretizou. Apesar de apresentarem um conceito restrito sobre o SUS, os gestores dos municípios de pequeno porte compreendem a ESF como uma importante ferramenta para organização do sistema.

Enfim, faz-se necessária uma mudança de direcionalidade em todos os âmbitos da dimensão político-administrativa dos municípios de pequeno porte, tanto na gestão do sistema, quanto na reorganização do modelo de atenção. A gestão da atenção básica do município tem de lidar para poder cumprir o objetivo de reorientar a rede de serviços de saúde, para a garantia da universalização e da integralidade da atenção à saúde, tendo a ESF como proposta reorientadora do sistema.



## REFERÊNCIAS

ANDRARE, L.O.M. de; BARRETO, I.C., de. H.C.; BEZERRA, R.C. Atenção Primária a Saúde e a Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et. al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro; Fiocruz, 2006.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. São Paulo. Edições 70, 2011

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

\_\_\_\_\_. Lei n. 8080, 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990a.

\_\_\_\_\_. Lei nº 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 da saúde e da outras providências**. Brasília-DF, 1990b.

\_\_\_\_\_. 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.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **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, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 466/ 2012b. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselhos Nacionais de Saúde. CAMPOS, R. T. O. O planejamento em saúde sob o foco da hermenêutica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n.1, p.197-207, 2001.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. - 2ª ed. - Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 8 ed. Rio de Janeiro: Campus, 2011.

COHN, A.; WESTPHAL, M.F.; ELIAS, P.E. Informação e decisão política em saúde. *Rev Saúde Pública*, v. 39, n. 1, p.114-121, 2005.

CONNIL, E. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 24, p. S7-S27, 2008. Suplemento.

FARIA, H.; WERNECK, M.; SANTOS, M.A.; TEXEIRA, P.F. **Processo de trabalho em saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Editora UFMG, 2009.

FAUSTO, M. C. R. **Dos Programas de Medicina Comunitária ao Sistema Único de Saúde**: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira. Tese de Doutorado em Política, Planejamento e Administração em Saúde, IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 2005.

FLEGELE, D. et al. Trabalhadores de saúde e os dilemas das relações de trabalho na Estratégia de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, Vitória, ES, v. 12, n. 2, p. 5-11, 2010.

GIL, C. Atenção primária, Atenção Básica e Saúde da Família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006.

IBAÑEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da Atenção Básica no estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, jul./set. 2006.

IBGE. **Censo 2010**. Disponível em: <[www.ibge.gov.br/censo2010](http://www.ibge.gov.br/censo2010)>.

LACERDA, J. T. de; CALVO, M. C. M.; BERRETTA, I. Q.; ORTIGA, Â. M. B. Avaliação da gestão para o planejamento em saúde em municípios catarinenses. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n.4, Rio de Janeiro, 2012.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; VIANA, L. S. Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. S42-S57, 2008. Suplemento 1.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v.15, n.5, p. 2297-2305, 2010. ISSN 1413-8123.

MERHY, E. E.. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates em saúde no Brasil. In: GALLO, E. (org). **Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade**. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec / Abrasco, 1995. p.117-148.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

NOVAES, H.M.D. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 20, (Supl. 2), p. S147-173, 2004.

OTANI, K. Rede de Saúde do Trabalhador para o Estado de São Paulo. **Revista São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 01, p. 86-97, 2003.

RIVERA, F.J.U. **Planejamento e programação em saúde - um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez Editora, 1989.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. Avaliação de serviços e programas de saúde para a tomada de decisão. In: ROCHA, A.M.; CESAR, C.L.M. (Editores). **Saúde Pública: bases conceituais**. São Paulo: Atheneu; 2008. p. 119-131.

TEIXEIRA, C. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde Debate**, n. 27, p. 257-277, 2003.

TEIXEIRA, C.F. **Planejamento Municipal em Saúde**. Salvador-BA: ISC, 2001.

TREVISAN, L.N.; JUNQUEIRA, L.A.P. Construindo o "pacto de gestão" no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2007.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v.14, suppl.1, p. 1565-1577, 2009. ISSN 1413-8123.

VILASBÔAS, A.L.Q. **Planejamento e programação das ações de vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPJV/PROFORMAR, 2004. 68p.

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

## **ANEXOS**

**ANEXO A: TERMO DE CONSETIMENTO 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 CONSETIMENTO 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 do questionário semiestruturado, entrevista e observação livre. Os dados coletados serão analisados e poderá ser divulgado em eventos científicos, respeitando os direitos do cidadão previstos nos princípios éticos da pesquisa e garantido o anonimato. Os dados serão coletados dos gestores e gerentes da saúde do município, profissionais que fazem parte das Equipes de Saúde da Família que vem sendo desenvolvido neste município. A referida pesquisa será desenvolvida por pós-graduandos e professores do Programa de Pós-Graduação Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

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

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

Atenciosamente,

Cezar Augusto Casotti  
 Pesquisador do Projeto

**AUTORIZAÇÃO**

Após ter sido informado e esclarecido sobre as características da pesquisa “AVALIAÇÃO DA GESTÃO EM SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DA 13º DIRES”, autorizo a realização de coleta de dados para a pesquisa, reservando-me o direito de desistir da mesma, a qualquer momento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2010.

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do Responsável.

**ANEXO B: ROTEIRO 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 ENTREVISTA PARA OS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR**

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

**ANEXO C: ROTEIRO ENTREVISTA PARA OS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR**

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 – Pós-graduado: Sim ( ) Não ( )

08 - Formação pós-graduação

09 - Tempo de exercício profissional: \_\_\_\_\_

10 - Está há quanto tempo nessa equipe? \_\_\_\_\_

11 - Tipo de vínculo: contratado( 1 ) concursado ( 2 ) cedido( 3 )

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

13 - Qual?

14 - Onde? \_\_\_\_\_

15 - Por iniciativa sua ( ) ou do gestor municipal ( )

16 - Sente necessidade de atualização/capacitação? Sim ( ) Não ( )

17 - Em caso afirmativo, qual a área?

**II – CONHECIMENTO ACERCA DO SUS**

18 - Qual o seu entendimento sobre o SUS?

**III – ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO**

19 - Você dispõe de todos os equipamentos necessários às suas atividades? Sim ( ) Não ( )

20 - Em caso negativo, o que falta?

21 - Os materiais de consumo são disponibilizados em quantidade e qualidades satisfatórias? Sim ( ) Não ( )

22 - Em caso negativo, o que falta?

23 - Como são organizados os prontuários da família?

24 - Quanto à estrutura física do seu local de trabalho você considera adequado? Sim ( ) Não ( )

25 - Se não, quais as deficiências encontradas?

#### **IV – PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO**

- 26 – Vocês buscam identificar as necessidades de saúde da população da área da ESF? Sim ( ) Não ( )
- 27 - Em caso afirmativo, como isto é realizado?
- 28 - Sua equipe realiza Planejamento em Saúde voltado a realidade local?  
Sim ( ) Não ( )
- 29 - Em caso afirmativo, com que frequência?
- 30 - Você participa desse planejamento junto com sua equipe?  
Sim ( ) Não ( ) às vezes ( )
- 31 - São utilizados os indicadores de saúde como instrumento no planejamento?  
Sim ( ) Não ( )
- 32 - Você participa da elaboração do plano municipal de saúde?  
Sim ( ) Não ( )
- 33 - Em caso afirmativo, de que forma?
- 34 - Existem no município momentos de avaliação das ações da atenção básica?  
Sim ( ) Não ( )
- 35 - Você participa desses momentos? Sim ( ) Não ( )
- 36 - Em caso negativo, por quê?
- 37 - Em caso positivo, como acontece?
- 38 - A equipe monitora as solicitações e encaminhamentos feitos para os serviços especializados? Sim ( ) Não ( )
- 39 – Você recebe o retorno dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica e da Vigilância Epidemiológica? (SIM, SINASC, SINAN, SIAB, HIPERDIA) Sim ( ) Não ( )
- 40 - Como é organizada a oferta de serviços da Unidade?
- 41 – Essa oferta dos serviços dá conta de atender a demanda?  
Sim ( ) Não ( )
- 42 - Você considera resolutive as ações da atenção básica? Sim ( ) Não ( )
- 43 - Por quê?
- 44 - A gestão envolve a comunidade no planejamento e acompanhamento das ações de saúde? Sim ( ) Não ( )
- 45 - Em caso afirmativo de que forma?

#### **V – PROCESSO DE TRABALHO**

- 46 - Com que frequência você participa de reuniões de equipe?
- 47 - Quais ações preventivas são realizadas?
- 48 - De que forma elas são escolhidas e realizadas?
- 49 - Ao chegar na unidade para qualquer atendimento, o usuário procura quem?
- 50 - O usuário que não está agendado é recebido na unidade por quem? Qual a conduta neste caso?
- 51 - Qual a forma utilizada para priorizar o atendimento diário?
- 52 - São garantidos atendimento às pequenas urgências? Sim ( ) Não ( )
- 53 - Quantos usuários em média você atende diariamente?
- 54 - Quais atividades você desenvolve no seu trabalho?
- 55 - Tem sido desenvolvidas ações intersetoriais? Sim ( ) Não ( )
- 56 - Em caso afirmativo, como tem sido sua experiência nesse processo? Dê exemplos.
- 57 - A equipe desenvolve ações educativas com a comunidade?  
Sim ( ) Não ( )
- 58 - Quais os membros da equipe que realiza?

- 59 – Onde são desenvolvidas as ações educativas?
- 60 - A equipe desenvolve ações permanentes de esclarecimento à população sobre as características da Estratégia Saúde da Família? Sim ( ) Não ( )
- 61 - O funcionamento da USF é discutido e decidido junto com a população da área de abrangência? Sim ( ) Não ( )
- 62 - Você realiza visita domiciliar? Sim ( ) Não ( )
- 63 - Com que frequência?
- 64 - As visitas domiciliares são planejadas? Sim ( ) Não ( )
- 65 - Como são escolhidas as famílias a serem visitadas?
- 66 - A territorialização da área de abrangência está atualizada?  
Sim ( ) Não ( )
- 67 - Em caso negativo, por quê?
- 68 - Como é feito o encaminhamento aos serviços de média e alta complexidade?
- 69 - São encontradas dificuldades nesse processo? Sim ( ) Não ( )
- 70 - A referência e contrarreferência é utilizada? Sim ( ) Não ( )
- 71 - Como se dá o agendamento para esses serviços?
- 72 - A Média e Alta Complexidade tem sido resolutiva? Sim ( ) Não ( )
- 73 - Por que?
- 74 - São desenvolvidas capacitações voltadas para os trabalhadores da rede municipal? Sim ( ) Não ( )
- VI – OUTROS**
- 75 - No exercício de sua função você encontra dificuldades? Sim ( ) Não ( )
- 76 - Quais?
- 
-