

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE BUCAL COLETIVA

LINHA DE PESQUISA: EPIDEMIOLOGIA, ETIOPATOGENIA E REPERCUSSÃO DAS DOENÇAS DA
CAVIDADE BUCAL E ESTRUTURAS ANEXAS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, nível Doutorado, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como pré-requisito final para obtenção do título de Doutor na área de concentração em Saúde Bucal Coletiva.

A IMPORTÂNCIA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE E DO CONTROLE SOCIAL PARA O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO NA GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA

THE IMPORTANCE OF HEALTH SURVEILLANCE AND SOCIAL CONTROL FOR THE DECISION-MAKING PROCESS IN PUBLIC HEALTH MANAGEMENT

Aluno: **Fernando Ritter**

Orientador: **Professor Dr. Roger Keller Celeste**

Porto Alegre, 24 de março de 2023.

CIP - Catalogação na Publicação

Ritter, Fernando
A IMPORTÂNCIA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE E DO CONTROLE
SOCIAL PARA O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO NA GESTÃO
DA SAÚDE PÚBLICA / Fernando Ritter. -- 2023.
153 f.
Orientador: Roger Keller Celeste.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Programa de
Pós-Graduação em Odontologia, Porto Alegre, BR-RS,
2023.

1. Gestão em Saúde. 2. Tomada de Decisão. 3.
Atenção Primária . 4. Vigilância em Saúde. 5. Controle
Social. I. Celeste, Roger Keller, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

**A IMPORTÂNCIA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE E DO CONTROLE SOCIAL PARA
O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO NA GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA**

***THE IMPORTANCE OF HEALTH SURVEILLANCE AND SOCIAL CONTROL FOR
THE DECISION-MAKING PROCESS IN PUBLIC HEALTH MANAGEMENT***

Tese **A IMPORTÂNCIA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE E DO CONTROLE SOCIAL PARA O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO NA GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA** para obtenção do título de Doutor no Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pela banca examinadora formada por:

Prof.a. Dra. Giovana Scalco

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Prof. Dr. Paulo Goes

Universidade Federal de Pernambuco (UFP)

Prof. Dra. Helenita Correa Ely

Suplente

Porto Alegre, 24 de março de 2023.

DEDICATÓRIA

Aos Usuários do Sistema Único de Saúde que fizeram em cada contato meu uma lição de vida. Muito obrigado pela paciência e por oportunizar entrar na casa de vocês, seja ela como profissional, gestor ou apenas um amigo, tenha certeza que ajudaram a moldar meu caráter e acreditar ainda mais no sistema de saúde brasileiro.

Aos profissionais gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde que oportunizaram trocas que ajudaram muito a tomar decisões à luz das melhores evidências e experiências. Além disso, foram incansáveis para integrar o ensino ao serviço e sempre trabalharam na defesa de políticas públicas justas e humanizadas. Muito obrigado, especialmente aos colegas da Secretaria de Saúde de Santa Maria, Sapucaia do Sul, Canoas e Porto Alegre, bem como na Fundação Municipal de Saúde de Canoas (FMSC) e Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF) que tive a honra de dividir minhas experiências profissionais.

Aos professores que sempre estiveram junto mostrando os melhores caminhos para conduzir os estudos e na busca das melhores evidências que foram fundamentais para essa tese e para os espaços de cuidado em saúde que tive ao longo da minha atividade profissional.

Aos alunos por permitir que eu compartilhasse as experiências de trabalho e de gestão bem como me ensinam em cada dia que tenho a oportunidade de estar com todos vocês.

AGRADECIMENTOS

Nesses anos de doutorado, de muito estudo, esforço e empenho, gostaria de agradecer a algumas pessoas que me acompanharam e foram fundamentais para realização de mais este sonho que acredito ser quase uma história da minha vida no trabalho em saúde pública. Por isso, expresso aqui, através de palavras sinceras, a minha gratidão a todas elas.

Primeiramente, agradeço a minha família: meu filho Felipe (o Lipe), a minha filha Fernanda (a Nanda), a minha esposa e companheira Dulce pela paciência de esperar as horas investidas para o desenvolvimento da tese e por isso tiveram que abrir mão de momentos que não voltam mais, mas o futuro nos reserva outros ainda mais espetaculares, amo vocês. A minha querida mãe que sempre oportunizou o estudo para mim e meus dois irmãos Marco e Adalberto mostrando que esse era o caminho para nossa felicidade, nossa liberdade e principalmente formação do nosso caráter. Amo todos vocês incondicionalmente.

Aos meus amigos e colegas que sempre acreditaram no meu potencial e deram força, nunca deixando que eu desistisse. Queria dizer para vocês, simplesmente, muito, mas muito obrigado, vocês me fazem cada dia mais felizes. Com certeza poderemos aproveitar mais nos momentos que teremos ao longo de nossas vidas.

A minha gratidão especial ao Professor Dr. Roger Keller Celeste, meu orientador, meu colega e meu amigo por não me abandonar jamais. Você é um exemplo de pessoa, professor e ser humano e juntos agora estamos podendo finalizar essa etapa. Você é uma pessoa incrível. Muito obrigado.

Ao nosso grupo de pesquisa que formou uma equipe gerou já duas outras teses de doutorado e mais uma dissertação de mestrado, além dessa. Muito obrigado Fabiana da Silva Cabreira, Violeta Rodrigues Aguiar e Luiza Chagas, vocês fazem diferença para a ciência e para o trabalho em saúde, muito obrigado.

Sou ainda muito grata a vários amigos Richard, Fernanda(s), Jaqueline, Juliana, Giovana, Giovane, Paula, Patrícia, Vânia, Cassiane, Nina, Evelise, Gustavo, Lúcia, Susiane, André(s), Maurício(s), Everton, Cássio, Djedah, Vânia, Marina, Carlos, Evelise, Juliana, Paula, Alex, Paulo e tantos outros que tive a oportunidade de compartilhar preocupações, aflições, alegrias e muito trabalho. Muito obrigado.

Aos meus parceiros de sempre, Cristiano e Livia queria dizer que vocês são simplesmente incríveis por estarem sempre ao nosso lado, ajudando a cuidar da nossa família. Nada disso seria possível sem vocês.

Por fim, o agradeço a Deus por estar sempre comigo, me guiando, iluminando cada passo meu e assim me abençoando. Sem essa força divina nenhuma conquista seria possível.

A todos os meus sinceros agradecimentos.

Alguns homens veem as coisas como são, e dizem "Por quê?" Eu sonho com coisas que nunca foram e digo "Por que não?"
(Geroge Bernard Shaw)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abreviatura	Significado
AMAQ	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da ABS
ABS	Atenção Básica em Saúde
APURASUS	Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS
APS	Atenção Primária em Saúde
BHL-WEB	Sistema de Gerenciamento e Produção de Bancos de Leite Humano
BPS	Banco de Preços em Saúde
CIB	Comissões Intergestoras Bipartites
CIT	Comissões Intergestoras Tripartite
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CMD	Conjunto Mínimo de Dados
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
Datusus	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCN	Diretrizes Nacionais Curriculares
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia de Saúde da Família
e-SUS AB/SIAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
GAL	Sistema de Gestão de Ambiente Laboratorial
HÓRUS	Sistema Nacional de Assistência Farmacêutica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentária
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	Razões de Chance
PAB	Piso da Atenção Básica
PAS	Programação Anual da Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da ABS
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PMS	Plano Municipal de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PPC	Projetos Pedagógicos de Cursos
PPI	Programação Pactuada e Integrada
ProgramaSUS	Sistema de Programações de Ações e Serviços de Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunizações
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RAAS-AD	Registro de Ações de Saúde da Atenção Domiciliar

RS	Rio Grande do Sul
SARGSUS:	Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SIACS	Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde
SIASI	Sistema de Informação da Saúde Indígena
SICLOM	Sistema de Controle e Monitoramento Clínico e Laboratorial dos Pacientes em Tratamento de Hepatites
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIES	Sistema de Informação de Insumos Estratégicos
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN:	Sistemas de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SIS-Água	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais de CD4 e Carga Viral
SIS-CNRAC	Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade
SISGENO	Sistema de Controle de Exame de Genotipagem
SISNEO	Sistema Nacional de Triagem Pré-Natal
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISMAC	Sistema de Controle do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade
SIS-PNDC	Sistema do Programa Nacional de Controle de Dengue
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SIS-SOLO	Sistema de Informação de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado
SISVAN	Sistema de Vigilância e Acompanhamento Nutricional
SIVEP	Sistemas Informatizado de Vigilância Epidemiológica
SNT	Sistema Nacional de Transplante
SUS	Sistema Único de Saúde
VS	Vigilância em Saúde
VETORES-MALÁRIA	Sistema de Informação e Controle de Vetores

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo esquemático dos 4 momentos do Planejamento Estratégico Situacional..	26
Figura 2: Modelo institucional do SUS, ancorado no federalismo brasileiro de tipo cooperativo e intraestatal.....	31
Figura 3: Diagrama de Fluxo de um Sistema de Vigilância em Saúde.	33
Figura 4: Esquema Geral da Produção da Informação.	37
Figura 5: Sistemas de Informação em Saúde de base nacional em funcionamento no Brasil.	39
Figura 6: A composição do Conselho Municipal de Saúde.	40
Figura 7: Fatores que interferem na tomada de decisão na gestão da Rede de Atenção à Saúde.....	57

RESUMO

Ritter, Fernando. A IMPORTÂNCIA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE E DO CONTROLE SOCIAL PARA O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO NA GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA, 2023, 153 folhas. Tese (Doutorado em Odontologia -Saúde Bucal Coletiva) –Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Introdução: A tomada de decisão na gestão da saúde pública é uma das tarefas mais difíceis, isso porque implica no destino de pessoas, famílias e comunidades. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS), a Vigilância em Saúde (VS) e a implantação de Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são estratégicas para a organização do cuidado em saúde. **Objetivos:** esse estudo buscou avaliar o perfil dos gestores municipais da saúde do Rio Grande do Sul (RS) para a tomada de decisão em relação a APS, a VS, a implantação dos SIS e como isso interage com o Controle Social. **Métodos:** Foi realizado um estudo seccional analítico-descritivo, através da utilização de um questionário com perguntas estruturadas nos 497 secretários municipais do estado. As variáveis explicativas foram retiradas do próprio questionário, composto por 44 perguntas divididas nos blocos: perfil do gestor, formação e experiência profissional do gestor, visão do gestor sobre o sistema e tomada de decisão. Quanto às variáveis explicativas de caráter municipal foram utilizadas: cobertura de saúde da família, PIB municipal, porte populacional, gasto per capita em saúde, tipo de gestão e dados censitários sobre características demográficas e socioeconômicas. Realizou-se a análise dos dados coletados através do software Stata. Regressão logística múltipla para analisar fatores relacionados à formação com a priorização da APS e da VS. **Resultados:** Participaram da pesquisa 404 gestores (81,3%). Dos secretários de saúde que participaram da pesquisa 66,3% dizem ter implantado parcial ou totalmente SISs. A graduação na área de enfermagem, medicina e odontologia (OR:2.22, IC95%: 0.99-4.94) e pós-graduação na área da saúde coletiva (OR: 3.44, IC95%: 1.04-11.38) aumentam as chances do gestor priorizar a APS. ainda com relação ao perfil técnico científico do gestor, quanto mais características (pós-graduação, ler artigos, ir à conferência, apoiar diretrizes baseadas em evidências) maior a chance de ter SIS parcial ou totalmente implantado (OR: 2,16, IC95%: 0,94-4,98), base da VS. Outro dado é o fato de quando o gestor ser servidor de carreira tem 2,5 vezes mais chance do seu município ter os SISs implantados. **Conclusão:** Neste sentido, os resultados confirmam que os gestores precisam ser ou ter pessoas preparadas, sempre promovendo atividades de educação permanente focada nos indivíduos que irão assumir funções de tomada de decisão. Também é necessário ter equipes com capacidade de diálogo para que as ações propostas sejam percebidas pelas pessoas e ratificadas nos espaços de controle social. A tomada de decisão na gestão em saúde deve ter o foco nas necessidades e na qualidade de vida das pessoas que estão sistematizadas em SISs da VS, de forma a garantir resultados factíveis do ponto de vista técnico, viável do ponto de vista político, tendo relação direta com a realidade das pessoas e suas famílias, discutido com todos os atores envolvidos, baseado em evidências científicas e sujeito a avaliação dos órgãos de controle.

Palavras-chave: Administração Municipal; Sistema Único de Saúde; Gestão em Saúde, Política de Saúde; Planejamento em Saúde; Tomada de Decisão; Gestor de Saúde, Vigilância em Saúde

ABSTRACT

Ritter, Fernando. THE IMPORTANCE OF HEALTH SURVEILLANCE AND SOCIAL CONTROL FOR THE DECISION-MAKING PROCESS IN PUBLIC HEALTH MANAGEMENT, 2023, 153 sheets. Thesis (Doctor in Dentistry -Collective Oral Health) -Faculty of Dentistry, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Introduction: Decision-making in public health management is one of the most difficult tasks, because it involves the fate of people, families and communities. Within the scope of the Unified Health System (SUS), Primary Health Care (APS), Health Surveillance (VS) and the implementation of Health Information Systems (SIS) are strategic for the organization of health care. **Objectives:** this study sought to evaluate the profile of municipal health managers in Rio Grande do Sul (RS) for decision-making in relation to APS, VS, the implementation of SIS and how this interacts with Social Control. **Methods:** An analytical-descriptive cross-sectional study was carried out, using a questionnaire with structured questions with the 497 municipal secretaries of the state. The explanatory variables were taken from the questionnaire itself, consisting of 44 questions divided into blocks: manager profile, manager training and professional experience, manager's view of the system and decision making. As for explanatory variables of a municipal nature, the following were used: family health coverage, municipal PIB, population size, per capita health expenditure, type of management and census data on demographic and socioeconomic characteristics. The analysis of the data collected was carried out using the Stata software. Multiple logistic regression to analyze factors related to education with the prioritization of APS and VS. **Results:** 404 managers (81.3%) participated in the survey. Of the health secretaries who participated in the survey, 66.3% say they have partially or fully implemented SISs. Undergraduate studies in nursing, medicine and dentistry (OR:2.22, 95%CI: 0.99-4.94) and postgraduate studies in public health (OR: 3.44, 95%CI: 1.04-11.38) increase the chances of managers prioritizing APS. Still regarding the technical-scientific profile of the manager, the more characteristics (graduate degree, reading articles, going to conferences, supporting evidence-based guidelines) the greater the chance of having SIS partially or fully implanted (OR: 2.16, 95%CI: 0.94-4.98), base of VS. Another piece of data is the fact that when the manager is a career civil servant, he is 2.5 times more likely to have the SISs implemented in his municipality. **Conclusion:** In this sense, the results confirm that managers need to be or have prepared people, always promoting permanent education activities focused on individuals who will assume decision-making functions. It is also necessary to have teams capable of dialogue so that the proposed actions are perceived by people and ratified in the spaces of social control. Decision-making in health management must focus on the needs and quality of life of people who are systematized in SISs of the VS, in order to guarantee feasible results from a technical point of view, viable from a political point of view, having a relationship directly with the reality of people and their families, discussed with all the actors involved, based on scientific evidence and subject to evaluation by the control bodies.

Keywords: Municipal Management; Unified Health System; Health Management, Health Policy; Health Planning; Decision Making; Health Manage; Health Surveillance.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	19
2.1 A TOMADA DE DECISÃO NA GESTÃO EM SAÚDE	19
2.2 A TOMADA DE DECISÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	21
2.3 O PLANEJAMENTO EM SAÚDE PÚBLICA PARA A TOMADA DE DECISÃO	23
2.4 A TOMADA DE DECISÃO NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	27
2.5 A VIGILÂNCIA EM SAÚDE NA TOMADA DE DECISÃO EM SAÚDE	31
2.6 SISTEMAS DE INFORMAÇÕES NA TOMADA DE DECISÃO EM SAÚDE	35
2.7 A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA TOMADA DE DECISÃO EM SAÚDE.....	39
2.8 ELEMENTOS PARA A TOMADA DE DECISÃO NA GESTÃO DA SAÚDE	42
2.8.1 PARÂMETROS DE FORMAÇÃO EDUCACIONAL	43
2.8.2 PARÂMETROS TÉCNICOS	45
2.8.3 PARÂMETROS POLÍTICOS.....	46
2.8.4 PARÂMETROS DE CAPACIDADE DE NEGOCIAÇÃO.....	48
2.8.5 PARÂMETROS DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL.....	50
2.8.6 PARÂMETROS DE GESTÃO FINANCEIRA.....	52
2.8.7 PARÂMETROS DE CUSTO EFETIVIDADE.....	53
2.8.8 PARÂMETROS DE ESTABELECIMENTO DE METAS E INDICADORES	55
2.9 PERGUNTA DE PESQUISA	57
2.10 METAS COM A PESQUISA	58
3. OBJETIVOS.....	59
3.1 OBJETIVO GERAL	59
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	59
4. METODOLOGIA	60
4.1 POPULAÇÃO DO ESTUDO	60
4.2 COLETA DE DADOS	60
4.3 VARIÁVEIS DE INTERESSE	61
4.4 MEDIDAS DE GARANTIA E CONTROLE DE QUALIDADE	61
4.4.1 CONFIABILIDADE DAS INFORMAÇÕES	61
4.4.2 VALIDADE DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	62
4.4.3 TREINAMENTO.....	62
4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	63
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	63
5. RESULTADOS DA TESE	64

ARTIGO 1: QUAIS ASPECTOS INFLUENCIAM A PRIORIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PELOS GESTORES MUNICIPAIS DO RIO GRANDE DO SUL - BRASIL?	64
ARTIGO 2: USO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE PARA TOMADA DE DECISÃO NA GESTÃO DA SAÚDE	76
ARTIGO 3: PERCEPÇÃO DE GESTORES DE SAÚDE SOBRE A UTILIDADE DO CONTROLE SOCIAL: FATORES INDIVIDUAIS E CONTEXTUAIS	77
<u>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	<u>78</u>
<u>7. REFERÊNCIAS</u>	<u>80</u>
<u>APÊNDICE</u>	<u>95</u>
APÊNDICE I: QUESTIONÁRIO AOS GESTORES	95
APÊNDICE II: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	106
APÊNDICE III: COMPROVANTE DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA	107
<u>ANEXOS</u>	<u>113</u>
ARTIGO: DESPESAS MUNICIPAIS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL, BRASIL: UM ESTUDO ECOLÓGICO	113

1. INTRODUÇÃO

Todas as pessoas, em algum momento terão de tomar decisões ante as mais diversas situações, especialmente diante de problemas. Nesse contexto, terão que desenvolver critérios para suas tomadas de decisão, que poderão ser a partir de experiências passadas, a partir de valores e crenças adquiridos ao longo da vida, a partir de conhecimentos técnicos assimilados ao longo do tempo ou a partir de habilidades filosóficas(SOLINO; EL-AOUAR, 2001). Por isso, conhecer o perfil da pessoa para a função que exigirá tomadas de decisão é fundamental. Como exemplo de características do perfil pode-se citar: ser conservador ou inovador, estar disposto a assumir riscos ou ser mais prudente, ser articulado ou mais tímido, ter formação educacional maior ou menor, ter formação na área ou não, ser vinculado a um partido político ou outro, ser do sexo masculino ou feminino(CORRÊA; CAROLINE; MOTA, 2013). Independente dessas e outras qualidades, qualquer rumo que se tenha para decisão, sempre envolverá ganhos ou perdas, contentamentos ou angústias e satisfações ou frustrações(ABBADE; BRENNER, 2009; CORRÊA; CAROLINE; MOTA, 2013). A escolha de uma alternativa implica, em alguns casos, a renúncia de outras, além de ter que lidar com a incerteza de um processo que exige muita criatividade para identificar caminhos, ainda mais em uma sociedade de ambientes tão versáteis e dinâmicos.

Com relação ao impacto da tomada de decisão, nos casos de gestão de serviços e sistemas de saúde, o cargo de gestor implica não somente o destino da sua vida, mas sim o futuro de outras pessoas, famílias e comunidades. Ademais, essa função se torna ainda mais desafiadora quando se observa o subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a crise financeira que abate o sistema de saúde suplementar e as famílias. Em 2010, a Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio do Relatório Mundial da Saúde, já mostrava que não adianta dispor de recursos financeiros suficientes se sua aplicação for ineficiente(OLIVEIRA, 2005; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010). Além disso, a OMS estima que 20 a 40% dos recursos gastos em saúde são desperdiçados e sugere a avaliação das causas do processo ineficiente para que sejam criadas políticas públicas capazes de reduzir esta ineficiência na gestão(OLIVEIRA, 2005; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010). Então, as escolhas feitas por gestores de saúde são determinantes para a oferta de bens e serviços.

Para quem não vive o dia a dia de secretarias de saúde, é fácil observar que a tomada de decisões pode nem sempre seguir um processo lógico ou racional. Pois, elas respaldam-se mais por formas intuitivas e criativas, mais influenciadas pelo ambiente interno da instituição do que por evidências teóricas(SOLINO; EL-AOUAR, 2001). Em um dos estudos que aborda sobre processos locais de tomada de decisão no setor da saúde observa-se, praticamente, a inexistência de análises que enfatizam a perspectiva da incorporação de alguma lógica ou racionalidade no impacto dessas decisões nos processos de trabalho, mostrando a necessidade de se buscar novas evidências a respeito do fatores e consequências das tomadas de decisão na gestão da saúde(OLIVEIRA, 2005). Todos esses aspectos que envolvem a gestão de organizações de saúde exigem novas habilidades gerenciais por parte dos gestores e essas precisam transmitir aos cidadãos coerência e racionalidade, pois afetarão o processo saúde/doença e a qualidade de vida deles.

A tomada de decisão por gestores da área da saúde deve vir sempre da compreensão de que ela afeta sim diretamente a vida das pessoas, cumprindo o que aponta a Constituição Brasileira, no seu artigo 196: ~saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação~(BRASIL, 2003). Além disso, na Constituição, consta que a Saúde envolve a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais para a saúde como fatores determinantes e condicionantes da saúde. Portanto, há crescente relevância no que tange a investigar e construir modelos, que proporcionem uma melhor aplicabilidade de métodos e técnicas no processo de tomada de decisão, com base na informação, visto que se constitui recurso fundamental no processo saúde/doença(LOUSADA; POMIM VALENTIM, 2011).

O serviço de saúde que não tem informação para subsidiar suas ações estratégicas, bem como a sua gestão, estará em desvantagem, já que não será possível analisar, em um tempo mínimo, as alternativas para melhor tomada de decisão, assim como não haverá o controle sobre o desfecho decorrente dessa(LOUSADA; POMIM VALENTIM, 2011). Nesse sentido, alguns estudos da área trazem que a tomada de decisão pode ser classificada em modelos: o racional, o processual, o anárquico e o político. Importante

enfatizar que todos são dependentes do contexto(SIMON, 1987), podendo ser contraditórias, imprevisíveis ou não ideais. Nesta tese, utiliza-se como referencial teórico os conceitos de Chun Wei Choo, por se tratar de uma das principais obras a respeito do tema(CHOO, 2003a):

- 1.1. Modelo Racional: tem um processo de decisão mais sistematizado e estruturado, baseado em regras e procedimentos operacionais que é de conhecimento de todos colaboradores e o acaso é minimizado. Trata-se de um modelo orientado para se atingir os objetivos, por meio da solução de problemas, regulado por normas e rotinas. O processo de tomada de decisão não se finaliza com a escolha das ações, há o monitoramento posterior, que é o acompanhamento dos resultados, tanto os positivos quanto os negativos.
- 1.2. Modelo Processual: tem fases e ciclos que subsidiam as atividades decisórias, aparentemente complexas e dinâmicas, reconhecendo a necessidade de tomar uma decisão e desenvolvendo a compreensão das questões implicadas nela. Desenvolve uma ou mais soluções para o problema, crise ou oportunidade e assim escolhe uma delas tentando controlar os riscos. Fundamentalmente, esse modelo cria rotinas de controle para evitar repetição do problema e cria rotinas de comunicação, não esquecendo de levar em consideração o papel ou impacto da política na tomada de decisão. Resumidamente esse modelo tem a coleta de informações, análise criteriosa dessas, identificação das alternativas, análise dos riscos e isso resulta em ações e melhoria dos processos no tempo adequado.
- 1.3. Modelo Anárquico: tem tanto os objetivos quanto os procedimentos constantemente ilógicos. Ou seja, não há clareza em relação aos problemas e às decisões, visto que elas são jogadas pelo tomador de decisão, exigindo escolhas rápidas ou negação do problema, gerando falta de entendimento e insegurança em seus colaboradores.
- 1.4. Modelo Político: tem a política como mecanismo de apoio a tomada de decisão e a organização é dada por um conjunto de atores, que podem ser indivíduos ou grupos, como é o caso de partidos políticos ou entidades de classes, dotados de interesses e objetivos próprios, controlando diferentes recursos como autoridade, status, recursos, ideias e informações. Importante frisar que este modelo tem como foco disputas internas de poder e de influência. Muitas vezes, os objetivos

individuais ultrapassam os organizacionais e prejudicam o propósito do serviço de saúde que tem como meta a redução dos riscos à saúde e outros agravos como bem colocado e destacado na Constituição Brasileira.

Por isso, a tomada de decisão na gestão da saúde deve ser entendida como um ato precedido de critérios e os estudos na área trazem elementos para preparar o gestor para esse complexo processo decisório. Na concepção mecanicista e fragmentada da sociedade em que se preconiza a excelência da individualidade, os tomadores de decisão têm a difícil tarefa de fazer escolhas de forma lógica e racional, mensuráveis e baseados em hipóteses dedutíveis, conforme o interesse dos coletivos(SANTOS, 2012). Estudos tentam explicar quais os fatores que são considerados pelos gestores para a tomada de decisão. Mas, poucos discutem isso à luz da gestão na saúde pública e cabe à ciência, às pesquisas e à Vigilância em Saúde (VS) buscar respostas que possam ser medidas, comprovadas e replicadas para outros tomadores de decisão(SOUZA; COSTA, 2010).

A tomada de decisão também deve ser considerada como um ato de grande complexidade, caracterizada por uma complexidade e multiplicidade de riscos que afetam o destino de usuários, trabalhadores e prestadores desses serviços(MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2004). Um exemplo dessa complexidade é onde investir os recursos financeiros: em ações de serviços de Atenção Primária em Saúde (APS) ou em serviços de Alta Complexidade como Unidades de Tratamentos Intensivos (UTIs), que exige uma alta tecnologia e uma quantidade de recursos mais elevados? O que se sabe é que investir em promoção e prevenção reduz as mortes ao longo do tempo, pois, ao aumentarmos a cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF), se reduz a mortalidade infantil(MACINKO; GUANAIS; MARINHO DE SOUZA, 2006), mas o não investimento em UTIs pode também levar a óbito um recém-nascido que precise disso . Por isso, é fundamental envolver outros atores sociais para respaldar a tomada de decisão em saúde como o usuário final do sistema, os trabalhadores em saúde e os prestadores de serviços cujos objetivos se interseccionam. É relevante que um maior número de representantes participe do momento de análise da situação, de modo a possibilitar a expressão das diversas posições sobre os problemas de saúde de um território(ARTMANN; AZEVEDO; SÁ, 1997; PAIM; TEIXEIRA, 2006a).

A Constituição Federal, na lei 8.080 de 19 de setembro de 1990(16,), coloca, no seu artigo sétimo que as ações e serviços públicos e os privados contratados ou conveniados que integram o SUS, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal(BRASIL, 2003), obedecendo a quatorze princípios. Dentre eles, destaca-se um que deve ser um subsídio substancial para a tomada de decisão que é: a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática. Um diagnóstico situacional das condições de saúde das pessoas deve nortear as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde individual e coletiva. Além disso, deve permitir a identificação de determinações sociais do processo saúde-doença. Isso irá verdadeiramente servir de ferramenta para tomada de decisões e fará a (re)construção do modelo assistencial, possibilitando aos sujeitos alcançarem a autonomia no desenvolvimento da sua qualidade de vida.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A Tomada de Decisão na Gestão em Saúde

A etimologia da palavra decisão traz o prefixo latino DE (que significa parar, extrair, interromper) e pela palavra CAEDERE (que significa cindir, cortar), ou seja, decisão significa “parar de cortar” ou “deixar fluir”, esse sentido de “deixar fluir”(FERREIRA, 2004), e isso pode explicar porque a dificuldade ou a lentidão em decidir é sentida como um gargalo e, muitas vezes, implica em estagnação dos processos. Ao mesmo tempo, a decisão é uma resolução ou determinação que se toma relativamente a algo e aparece em qualquer contexto da vida, seja a nível profissional, social ou familiar”(FERREIRA, 2004). Para tanto, no momento da tomada da decisão, entram em ação diversos fatores que devem envolver um amplo conhecimento das situações, ainda mais no tocante à saúde que exige uma reflexão das suas consequências, pois demanda muito dinheiro e mexe no destino de muitas pessoas.

Os cuidados em saúde são responsáveis por uma parte importante da economia de muitos países. Dados de 2018 do Tesouro Nacional mostram que o Brasil gasta em saúde, cerca de 3,8% do PIB, o que coloca o país no 64º percentil da distribuição mundial (considerando 183 países), sendo esse valor próximo à média de 3,6% na América Latina e Caribe e inferior aos 6,5% da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico(BANCO MUNDIAL, 2018). Já o gasto total em saúde no Brasil se mantém em torno de 8% do PIB, sendo que mais da metade é composto por gastos privados(MENEZES; MORETTI; REIS, 2019). Um estudo feito no Estado de São Paulo traz que a média regional do total das receitas próprias municipais aplicadas em saúde é de 27,3%, sendo que em um município específico chegou a 37,5%, muito acima do mínimo exigido (15%) pela Constituição Federal(SANTOS-NETO et al., 2019). No entanto, é um setor da economia que passa por constantes períodos de recessão, o que exige das instituições, das empresas e poder público repensar sua forma de agir e, principalmente, decidir as ações, gastos e investimentos.

Após a EC-29 os gastos públicos apresentaram uma tendência crescente em saúde: a despesa por habitante, que era de R\$ 201,20 aumentou para R\$ 304,18, porém, a União vem reduzindo sua participação no financiamento da saúde e, conseqüente, aumentado a participação para os Estados e os Municípios(CAMPELLI; CALVO, 2007; GOMES,

2020; PIOLA; FRANÇA; NUNES, 2016). Vive-se numa sociedade de mercado aberto e com explícito acirramento da competitividade, onde há uma disputa de espaços entre mercado privado da saúde com a saúde pública. Isso faz com que os gestores tenham que buscar diferenciação e um maior padrão de qualidade no seu processo de trabalho, pois os consumidores, os clientes e a sociedade estão mais exigentes e cobrando os seus direitos. No serviço público, por exemplo, o esforço tem sido ofertar os serviços conforme a necessidade da população, de forma que diferentes tecnologias: leve, leve-dura e duras(NEVES, 2008) sejam resolutivas e custo-efetivas. Além disso, a oferta de serviços deve propiciar satisfação e promover qualidade de vida e saúde para as pessoas(NEVES, 2008).

Mas não é isso que percebe-se na mídia, as filas de espera para acesso ao cuidado em saúde são rotineiras e o descontentamento de alguns gera desconfiança da forma como tem sido conduzido os rumos da gestão pública em saúde(CUNHA; VASCONCELOS; OLIVEIRA-COSTA, 2022; LANGBECKER et al., 2019). As notícias relacionadas à área de saúde passaram a ocupar cada vez mais espaço nos jornais, rádios, televisões e agora, mais recentemente, redes sociais, trazendo à tona discussões entre a imprensa, trabalhadores e gestores de saúde sobre questões como ética e privacidade, seriedade e sensacionalismo(GARCIA et al., 2019). Isso tudo vem carregado de atitudes discriminatórias e preconceituosas, quando não tendenciosas e desinformativas, as coberturas estabelecidas pelos meios de comunicação demonstram que existem dificuldades no relacionamento entre as denominadas fontes jornalísticas (profissionais e usuários da saúde) e repórteres, refletindo-se sobremaneira na apresentação das informações para a opinião pública(FIGUEIREDO et al., 2022).

Isso tudo revela a necessidade de trazer mais a iniciativa privada para dentro do processo de cuidado e gestão em saúde e essa participação do mundo privado nos serviços públicos de saúde tem seu interesse desde o início do século XX(BITENCOURT NETO, 2017; REIS et al., 2016). As empresas e as instituições, foram organizadas a partir dos princípios da Teoria Científica, cujo precursor, Frederick Taylor, preconizava a divisão do trabalho, a disciplina, a racionalização dos métodos e sistemas de trabalho e a padronização da produção(MOTTA, 2001). Tudo para garantir que os modelos de produção fossem atingidos, então sugeriu a seleção, o treinamento e o controle dos trabalhadores, incluindo o pagamento pela eficiência de cada um deles, com a implantação de um sistema de incentivos

monetários(MOTTA, 2001). Essa lógica produtivista e de resultados é cada vez mais exigida nas ações públicas de saúde, exigindo que se faça escolhas baseado em resultados, com o menor custo e o maior benefício possível, tendo como metas redução dos tempos de esperas e a satisfação dos seus clientes ou usuários que impactam diretamente no mundo político das instâncias governamentais.

Os paradigmas tayloristas podem levar, a partir de tomadas de decisões dos gestores e suas equipes, a profundas distorções que desumanizam as relações no trabalho e robotizaram os indivíduos, isso resulta em desmotivação e, conseqüentemente, em baixa produtividade(KIRSHENBAUM, 2007). Neste contexto, os gestores passaram a assumir também o papel de “controladores” encarregados de fiscalizar os seus colaboradores para garantir maior produtividade. Por sua vez, os trabalhadores que passaram a sentir-se explorados, tornaram-se cada vez mais alienados e não mantinham controle sobre sua produtividade e, conseqüentemente, reduziam-na(FONSECA, 2016). Por tudo isso, a tomada de decisão na gestão da saúde deve levar em consideração esses fatores para alcançar a melhor produção, sem prejuízo da mão de obra qualificada e com resultados nos quais não houvesse perdas de vidas, ainda mais quando pudessem ser evitáveis.

2.2 A Tomada de Decisão no Sistema Único de Saúde

O Brasil tem um Sistema de Saúde que foi pensado e discutido a partir do Movimento de Reforma Sanitária da década de 1970, organizado na Oitava Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986 e fundamentou as bases da Constituição Federal de 1988. Para confrontar décadas de desassistência era necessário transformar a concepção de saúde e de serviços. Em 1990 foram lançadas as bases legais e passou a ser chamado Sistema Único de Saúde (SUS) com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde(BRASIL, 2003) que é pautada por princípios doutrinários e organizativos e que tem a iniciativa privada como sistema complementar que pode prestar serviços a esse(CORDEIRO, 2001).

Historicamente, até a década de 80, o Sistema de Saúde Brasileiro caracterizava o seu processo de gestão, conseqüentemente a tomada de decisão, de forma centralizada e verticalizada(FINKELMAN; PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION., 2002). Mais recente esse

perfil de gestão tem se alterado, muito em função do movimento ocorrido a partir da 8ª CNS em 1986 que culminou com a Lei Orgânica da Saúde em 1990 e a regulamentação dos espaços de controle social. Nesse contexto, a descentralização, incorporada no SUS, permitiu que se alterasse o processo de gestão do setor, tornando-a mais democrática e participativa(FINKELMAN; PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION., 2002).

Esse novo perfil organizacional transformou o formato institucional do setor, de direito, mas não de fato, uma vez que essa mudança depende da alteração de práticas e valores arraigados na cultura das organizações públicas, que determinam a maneira de gerenciar o setor(JUNQUEIRA, 1997). Apesar de, muitas vezes, descentralizadas, elas permanecem setorializadas, impedindo que as soluções sejam encaminhadas de maneira integrada.

A descentralização não revogou em hipótese alguma o princípio de gestão única do SUS é exercido em cada esfera de governo. Esse processo, que está de acordo com o inciso I, do artigo 198 da Constituição Federal, tem como referência no âmbito municipal o secretário municipal de saúde, no âmbito estadual o secretário estadual e a nível federal o ministro da saúde. Sendo que o papel dos gestores do SUS na esfera municipal, especialmente, é o de planejar, executar e avaliar as ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde(ARTMANN; AZEVEDO; SÁ, 1997).

A participação dos cidadãos, entendida como controle social, se refere à garantia constitucional de que a população, por meio de entidades representativas, deverá participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local(BRASIL, 2003). É, portanto, um processo de tomada de decisão com múltiplos atores, o que exige informações válidas, incluindo aquelas dos sistemas de informação em saúde. Esse processo não deve restringir-se a ações e serviços de saúde, mas contemplar um adequado processo de gestão que agregue esses entes, para tanto é necessário que haja em todos os momentos de tomadas de decisões de cada uma dessas partes.

O SUS deve ser organizado por gestores e equipes que tomem decisões baseados na análise da situação local, em prioridades, na adequada alocação de recursos e numa orientação programática. O processo de descentralização da saúde alça os municípios à condição de unidade federada, ampliando-se a diversidade de experiências de gestão, cada

uma delas apresentando especificidades, dados e distintos graus de dependência das outras esferas de governo em termos financeiros, técnicos e de disponibilidade de equipamentos(BUSS et al., 2020). Com isso, os municípios assumem a responsabilidade de gerir as ações e serviços, teoricamente, sob o controle da sociedade através da efetiva participação social na formulação de estratégias e ações locais de saúde(PINAFO; CARVALHO; NUNES, 2016; RECKTENWALDT; JUNGES, 2017). Embora se use o termo “municipalização”, o que houve na realidade foi uma união de forças entre os governos que passaram a compartilhar recursos humanos, equipamentos e infraestrutura com a prerrogativa constitucional de atender a todos os cidadãos, tendo as prefeituras municipais como tomadoras de decisão diretas, assessoradas, em parte, pelos outros dois níveis de governo(ALMEIDA et al., 2017).

Essa descentralização, com os mais diferentes atores, com perfis e formações diversos e com processos evolutivos distintos, cria a possibilidade de cenários de luta por projetos alternativos nos planos políticos, ideológicos e tecnológicos. Contrapondo aos princípios e diretrizes do sistema de saúde brasileiro, se discute as incoerências entre o objeto definido legalmente e sua prática cotidiana(ALMEIDA; CASTRO; VIEIR, 1998; VASCONCELLOS, 1993). Esta concepção, defendida por diferentes tomadores de decisão entende ou representa a saúde como ausência de doença e define a organização dos serviços em conformidade com os elementos ideológicos do Paradigma Flexneriano(CONILL et al., 2007).

Assim, a complexidade do atual perfil epidemiológico desafia a capacidade específica do setor saúde para responder de forma efetiva. Nesta direção, a tomada de decisão para ações programáticas como, por exemplo, a criação da Estratégia de Saúde da Família pelo Ministério da Saúde foram providenciais tanto na otimização dos recursos, quanto na superação do modelo médico-hospitalar e para subsidiar os gestores locais e regionais, tendo como perspectiva a saúde enquanto qualidade de vida(FERTONANI et al., 2015).

2.3 O Planejamento em Saúde Pública para a Tomada de Decisão

Planejar em saúde não é uma tarefa fácil, os métodos tradicionais não são simples, e muitas vezes, não adaptados para analisar e acompanhar sistemas complexos, como a saúde. A maioria dos problemas administrativos, econômicos e sociais (incluindo a área da saúde) apresentam falhas nos processos de planejamento, por tanto, o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) é flexível e se adapta às constantes mudanças da área. Além disso, o PES não separa as funções de planejamento das de execução, pois não opera com "receitas" prontas, mas realiza análises situacionais para orientar o dirigente no momento da ação(RIEG; ARAÚJO FILHO, 2002).

A Gestão da Saúde Pública sempre teve como modelo hegemônico de fazer o planejamento tradicional, que costuma ser chamado de Normativo, e é uma forma de fazer onde não se fornece instrumentos necessários para que os diferentes atores que compõe o cenário de organização em saúde participem do processo de maneira mais efetiva(MATUS, 1997, 2007). O planejamento tradicional é normativo prescritivo e sempre depende de um planejador, enquanto quem executa a ação são outras pessoas(IIDA, 1993). Por isso que o planejamento tradicional falha justamente ao considerar o outro como estático ou de comportamento determinístico, e o planejador tendo todos os poderes para realizar tudo que imaginar(AZEVEDO, 1992; IIDA, 1993). O PES surge a partir das críticas desse planejamento tradicional que se mostrou ineficiente na resolução de problemas complexos, pois considera o Estado como único planejador, desconsiderando, muitas vezes dados da situação em saúde e a opinião dos diferentes atores sociais que estão garantidos por lei nos espaços de controle social. Assim o planejamento tradicional, normativo, torna-se incapaz de lidar com as surpresas e incertezas inerentes ao contexto social (HUERTAS, 1996).

Já o PES, que tem sido usado nas suas mais diferentes interfaces, na Gestão da Saúde Pública é que ousou enfrentar o modelo hegemônico de fazer o planejamento, pois os planejadores e executores se confundem. Todos os atores estão imbricados em pensar e executar as ações, ou seja, a figura do planejador não existe no PES. O diagnóstico usado no planejamento tradicional é substituído pela apreciação situacional, que é realizada continuamente ao longo do plano(IIDA, 1993). Para exemplificar tem a famosa história do jogador Garrincha, na copa mundial de futebol de 1958 em que o técnico deu instruções aos jogadores, antes de uma partida, mais ou menos nos seguintes termos: "Jogador A toma a bola do adversário, no meio do campo e passa para o jogador B, que driblar os zagueiros e

centra para o jogador C chutar ao gol", foi quando Garrincha retruca: "e o adversário já foi avisado disso?"(IIDA, 1993). O técnico provavelmente era adepto do planejamento tradicional, e o Garrincha profundo admirador do PES. O PES é composto por quatro momentos que podem ser melhor visualizados no modelo esquemático da figura 1(56):

2.6.1. Momento Explicativo: é mostrar a realidade através do diagnóstico situacional, imaginando os problemas, especialmente sociais e não há uma única verdade, pois, os gestores devem saber que a explicação do outro será diferente da sua. Neste sentido, "Explicar bem é diferenciar as explicações dos diversos jogadores, e atribuir corretamente a cada jogador as explicações diferenciadas. Implica, também, verificar se os jogadores jogam de modo consistente com as explicações que lhes atribuímos" (56).

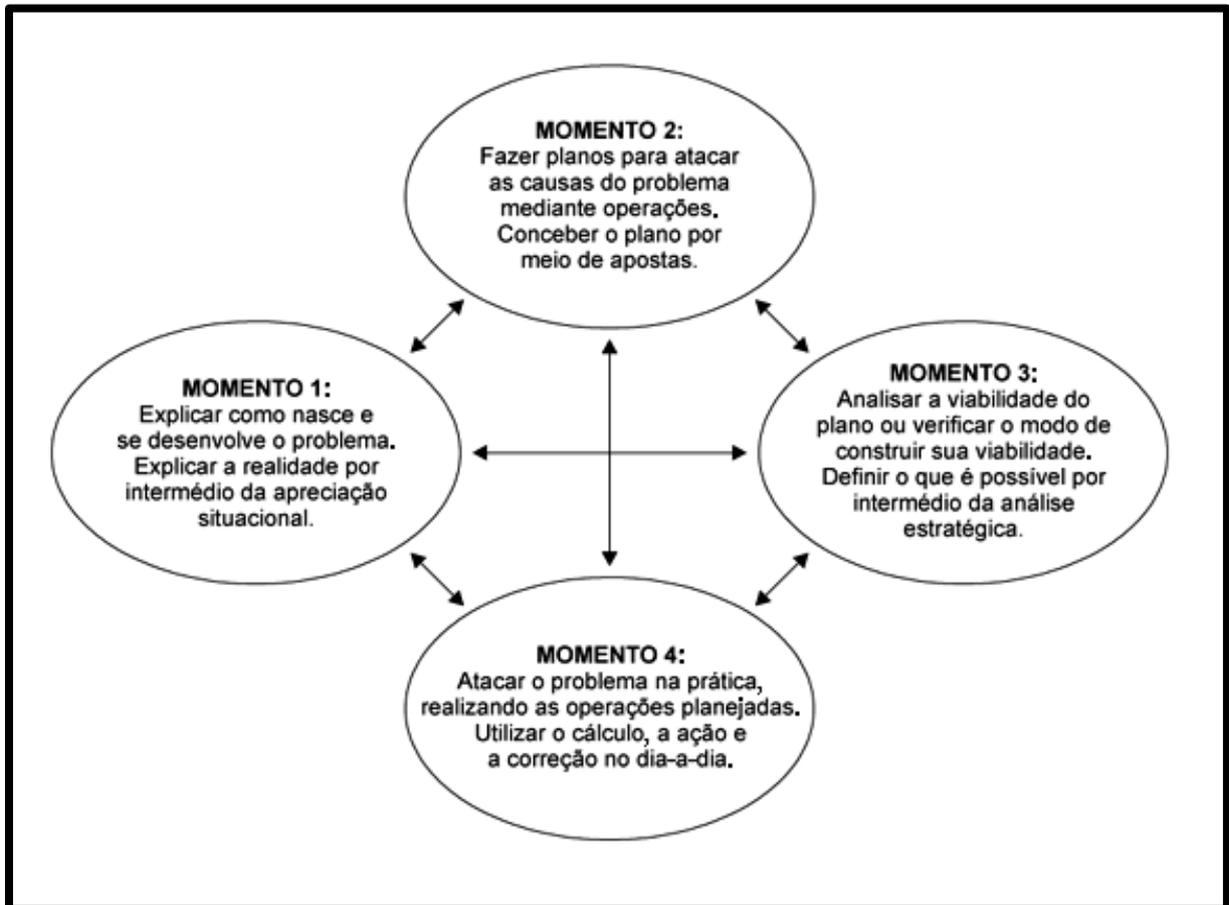
2.6.2. Momento Normativo: a preocupação básica nesse momento é o que fazer, ou seja, é o desenho do deve ser, nossa definição de como deve ser a realidade. Aqui o mais importante é estabelecer objetivos em função de cada problema ou grupo de problemas. Devem-se estabelecer as metas e as linhas de ação para cada objetivo específico. Ainda nesse momento são identificados e quantificados os recursos necessários à realização das ações. Em síntese, é o momento privilegiado de atuação de diferentes atores, que orienta o plano para a mudança que se quer.

2.6.3. Momento Estratégico: é o momento de analisar que algumas operações que poderão ser conflitivas do ponto de vista político, muito exigentes do ponto de vista econômico, ou demandante de tecnologia de elevada complexidade. Então quais serão os obstáculos que devemos superar para transformar o desenho em realidade? Possui os recursos de poder necessários para intervir? Possui capacidade organizativa e institucional? Nesse momento, deve verificar se há contradições entre os objetivos (análise de coerência), se os recursos, tecnologias e organização estão disponíveis (análise de factibilidade) e se é possível contornar os obstáculos políticos - análise de viabilidade(PAIM; TEIXEIRA, 2006a). Todas reflexões devem ter por objetivo construir viabilidade para propostas de solução elaboradas no momento normativo.

2.6.4. Momento Tático Operacional: é quando o plano se completa na ação, nunca antes. Somente a ação muda a realidade e este agir faz parte do plano. Não é uma etapa

posterior. Este é o momento de execução do plano sob uma determinada gerência e organização do trabalho, com prestação de contas, supervisão, acompanhamento e avaliação. É o momento de monitorar as operações, avaliar continuamente e corrigir os rumos, se necessário.

Figura 1: Modelo esquemático dos 4 momentos do Planejamento Estratégico Situacional.



Fonte: O uso de metodologias “Planejamento Estratégico Situacional” e “Mapeamento Cognitivo” em situação concreta(RIEG; ARAÚJO FILHO, 2002)

É relevante considerar que o PES seja uma ferramenta fundamental para a administração pública, visto que se diferencia dos demais tipos de planejamentos por ser o que mais se aproxima da realidade e que a ação não fica somente no campo teórico, pois é uma metodologia que lida com o contexto social, político e econômico(HUERTAS, 2016; LUIZ; SILVA, 2020). A VS é fundamental, especialmente, no momento explicativo do PES, pois permite expor a realidade através do diagnóstico situacional, realçando os determinantes sociais e biológicos que impactam diretamente no processo saúde/doença das pessoas e famílias. Então pode-se dizer que o bem-estar coletivo depende de um planejamento bem executado a partir de dados reais que direcionarão a tomada de decisão do gestor,

propiciando uma eficácia contínua. Deste modo, se torna indispensável o uso da VS para a análise situacional que busca, através do conhecimento, identificar possíveis ações no presente que se associam futuramente com intuito de qualificar o cuidado de saúde(AZEVEDO, 1992; LUIZ; SILVA, 2020; MATUS, 1997, 2007).

O planejamento em saúde pública para a tomada de decisão eficaz considera o futuro suscetível a modificações, em que não basta apenas planejar, torna-se necessário a participação e o empenho de todos os atores que fazem o sistema de saúde acontecer e estão regulamentados nos espaços de controle social(LUIZ; SILVA, 2020). A gestão participativa deve ser vista pelos tomadores de decisão como um valioso instrumento para a construção de mudanças nos modos de gerir e gerar nas práticas de saúde, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz/efetivo e motivador para as equipes(SANTOS; TORRES; FERREIRA, 2019). São várias as correntes de planejamento participativo, com diferenças e semelhanças, mas todas partilham o objetivo comum de instrumentalizar as equipes para a gestão democrática, além de colocar em análise o cotidiano de trabalho(CAMPOS, 2000; RIVERA, 2008).

2.4 A Tomada de Decisão nas Redes de Atenção à Saúde

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas (leves, leve-duras e duras), que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado a partir dos processos de tomadas de decisão nas três esferas de gestão(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017; NEVES, 2008). Tem como proposta lidar com projetos e processos complexos de gestão e atenção à saúde, onde há interação de diferentes agentes e onde se manifesta uma crescente demanda por ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde e por participação da sociedade civil organizada. As RAS são sistematizadas para responder a condições específicas de saúde, por meio de um ciclo completo de atendimentos(PORTER; TEISBERG, 2007), que implica a continuidade e a integralidade da atenção à saúde nos diferentes níveis Atenção Primária, Secundária e Terciária(MENDES, 2010)

A origem de organização de Sistemas de Saúde na lógica de RAS é da década de 1920, mais especificamente no Reino Unido, quando foi elaborado o Relatório Dawson (ARRUDA et al., 2015). Esse sistema foi o resultado de um grande debate de mudanças no sistema de proteção social daquele país após a I Guerra Mundial (MENDES, 2010). No início do documento observa-se o papel do processo decisório embasado tecnicamente, construído politicamente e discutido com diferentes atores que determinaram um sistema regionalizado da saúde, cujos serviços deveriam acontecer por intermédio de uma organização ampliada e que atendesse às necessidades da população de forma eficaz (SCOREL, 1999). Além disso, os serviços deveriam ser acessíveis a toda população e oferecer cuidados preventivos e curativos, especialmente na APS, mas também nos centros secundários e terciários de forma hierarquizada (SCOREL, 1999; MENDES, 2010).

A coordenação dos cuidados na RAS, não constituem temas novos nas discussões sobre a organização dos sistemas de saúde. Mudanças em relação às demandas e necessidades da população com o crescimento da prevalência de doenças crônicas exigem maior contato com os serviços de saúde para otimização das relações de custo-eficiência, através da ampliação da APS e tornando premente a busca pela tomada de decisão de forma resolutiva (ALMEIDA et al., 2005; GÉRVAS; RICO, 2005). Na Europa, a partir da década de 90, reformas nos sistemas vêm sendo implementadas, sobretudo voltadas ao fortalecimento da APS, ordenadora dessa rede (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2010; GIOVANELLA, 2006).

Pode-se destacar quatro áreas nas quais as tomadas de decisão dos gestores devem se concentrar e que podem potencializar a capacidade dos sistemas de saúde para melhorar a coordenação entre níveis assistenciais na lógica de redes de atenção do cuidado em saúde (ALMEIDA et al., 2010):

- O primeiro grupo sugere que a coordenação possa ser facilitada pelo aprimoramento da coleta e disseminação de dados e informações das pessoas e prestadores de serviços (públicos ou privados) que fazem parte dessa rede com a utilização das tecnologias de informação e de comunicação.
- O segundo grupo se vincula a mudanças necessárias na APS para atender às demandas colocadas pelas doenças crônicas o mais próximo do local onde a pessoa vive.

- O terceiro grupo refere-se à revisão dos padrões de alocação de recursos no setor ambulatorial dado o progressivo deslocamento de procedimentos da atenção hospitalar para este nível.
- O quarto grupo destaca a capacidade de coordenação e é fortemente afetada pela falta de integração entre os níveis assistenciais e pela relação entre os prestadores, especialmente em função da existência de barreiras que dificultam o trânsito no interior do sistema de saúde.

A falta de integração desses grupos pode ser explicada pelo fato do modelo tecno-assistencial ser muito influenciado pelo sistema piramidal (BRASIL. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2014; MENDES, 2010; NUNES; MENDONÇA; MATTOS, 2021). Um sistema de saúde como pirâmide, com fluxos ascendentes e descendentes de usuários acessando níveis diferenciados de complexidade tecnológica, em processos articulados de referência e contrarreferência, tem se apresentado tão somente como uma perspectiva racionalizadora, cujo principal mérito seria o de garantir a maior eficiência na racionalização dos recursos e a universalização, talvez, do acesso e a da equidade (CECILIO, 1997; NUNES; MENDONÇA; MATTOS, 2021). Tem que ter coragem, muito conhecimento sobre o processo de saúde/doença focar em fortalecimento da APS, em parceria com o controle social, tendo os dados epidemiológicos e a vigilância em saúde bem fortalecidos para tomar a decisão de mudar essa lógica e financiar esse modelo.

Na prática, os fatos se dão de maneira muito diferente da pretendida pelo sistema, pois seria melhor entendermos como um círculo, com múltiplas “portas de entrada” localizadas em vários pontos do sistema e não mais em uma suposta “base” (CECILIO, 1997). Além disso, a ideia de um “topo”, expressão topográfica de certa “hierarquia tecnológica” que teria o hospital no seu vértice, e aponta a necessidade do sistema de saúde ser organizado a partir da lógica do que seria mais importante para cada usuário, no sentido de oferecer a tecnologia certa, no espaço certo e na ocasião mais adequada (CECILIO, 1997).

Historicamente a RAS tem um modelo assistencial hegemônico que orienta o processo de organização de serviços de um dado território (GOMES; PINHEIRO, 2005; MENDES, 2010; NAKATA et al., 2020). No caso brasileiro, temos o modelo hegemônico médico-assistencial privatista, que tem o hospital como o centro da organização dos serviços de saúde e, na maioria das vezes encontra-se desvinculado da RAS, ou seja, as ações curativas

são predominantes na oferta de serviços, já as ações preventivas e de promoção da saúde são residuais e a organização do trabalho se dá na APS e é fundamentada na prática médica, sendo que os demais profissionais assumem um caráter subordinado à categoria médica(FERTONANI et al., 2015). Estudos que revelam a ineficiência e a ineficácia desse modelo para contribuir com a redução ou controle dos principais problemas de saúde da população(GARNELO; SAMPAIO, 2003; SENNA, 2002; TEIXEIRA et al., 2004a). Em que pese a importância de ofertar ações curativas, visando a recuperação dos casos de doenças identificados na população, que o gestor tome a decisão de promover a saúde das pessoas e da coletividade e priorizando grupos vulneráveis às situações de risco, devendo envolver todos os níveis de complexidade do sistema nessa tarefa(PAIM, 2006; WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

No Brasil, a governança das RASs, no SUS, apresentam características especiais que agregam complexidade no momento da tomada de decisão. Isso porque o Brasil é um país federativo e, por essa razão, o modelo institucional do SUS foi construído para ser operado pelas três instâncias (União, Estado e Municípios)(MENDES, 2010, 2011). Os entes federados mantêm, entre si, diretamente ou através da mediação de instituições de gestão compartilhada e de controle social, complexas inter-relações(MENDES, 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017; PORTER; TEISBERG, 2007). A figura 2 mostra o arranjo institucional do SUS baseado em parcerias reguladas e pactos entre entes federativos autônomos, mas que compartilham a soberania num mesmo território e que buscam a interdependência para a construção de sistemas regionais de atenção à saúde(MENDES, 2011).

Figura 2: Modelo institucional do SUS, ancorado no federalismo brasileiro de tipo cooperativo e intraestatal.



Fonte: Conselho Nacional de Secretários de Saúde(MENDES, 2011)

A construção de RASs, fundamentadas nos princípios discutidos anteriormente, especialmente a escala e suas relações com a qualidade da atenção, faz com que certos serviços transcendam os limites municipais(MENDES, 2011). Isso exige do gestor municipal capacidade de diálogo para junto construir a tomada de decisão para o estabelecimento de parcerias entre os três entes federados implicando na necessidade da superação das relações hierárquicas, baseadas na autoridade, por relações poliárquicas, construídas pela cooperação e pela interdependência dos diversos atores sociais(MENDES, 2011; PORTER; TEISBERG, 2007).

2.5 A Vigilância em Saúde na Tomada de Decisão em Saúde

Quando se fala “vigilância em saúde” imediatamente se associa a palavra vigiar, que tem sua origem do latim vigilare, significando, observar atentamente, estar atento a atentar em estar de sentinela, procurar, campear, cuidar, precaver-se, acautelar-se(FERREIRA, 2004). Quando transferimos isso para a prática da saúde, a vigilância está diretamente

relacionada aos conceitos de saúde e doença presentes em cada época e lugar, às práticas de atenção aos doentes e aos mecanismos adotados para tentar impedir a disseminação das doenças(BRASIL, 2009; SOUZA; COSTA, 2010; WALDMAN; ROSA, 1998).

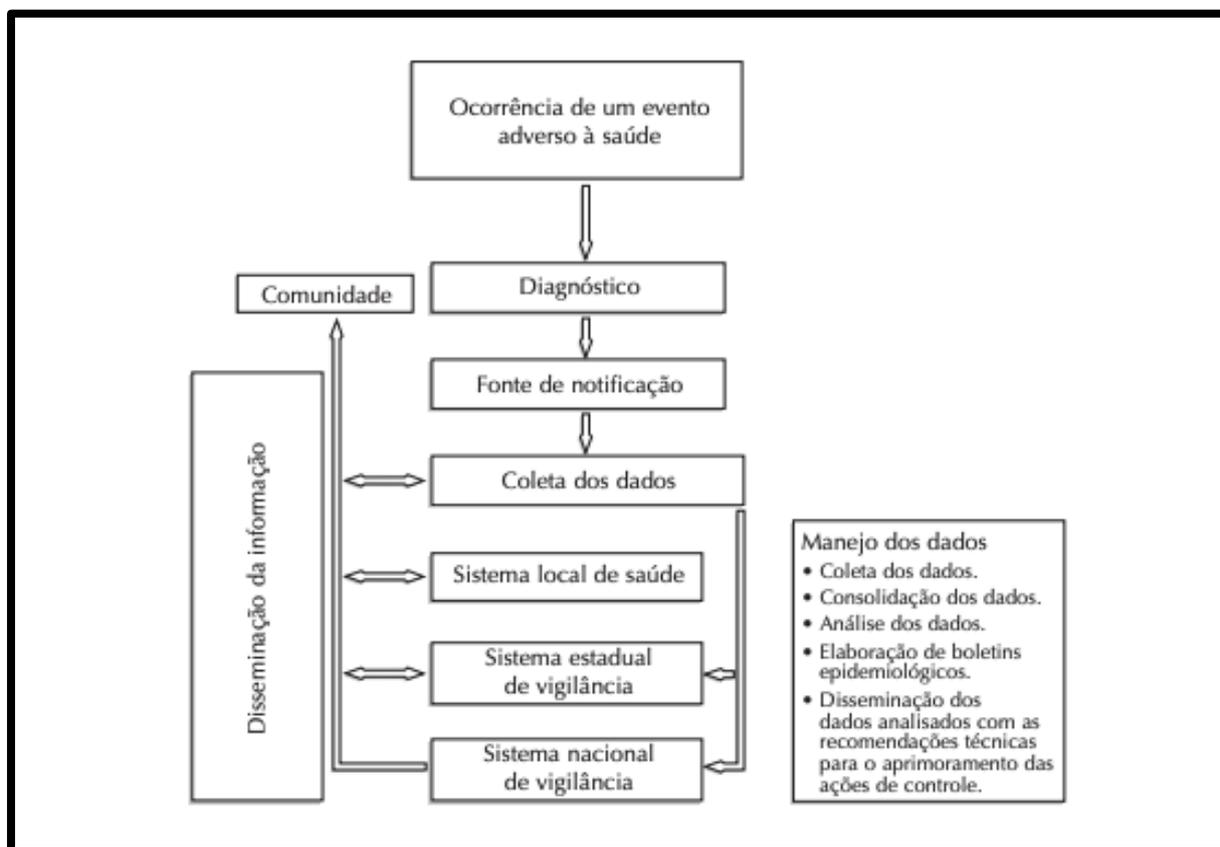
A vigilância em Saúde é o campo da saúde pública diretamente relacionada com as práticas de atenção e promoção da saúde dos cidadãos e aos mecanismos adotados para prevenção de doenças(BRASIL, 2009). Além disso, integra diversas áreas de conhecimento e aborda diferentes temas, tais como política e planejamento, territorialização, epidemiologia, processo saúde-doença, condições de vida e situação de saúde das populações, ambiente e saúde e processo de trabalho(AZEVEDO; MONKEN, 2022). A partir daí, a vigilância se distribui entre: epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador(BRASIL, 2009; SAÚDE, 2010; WALDMAN; ROSA, 1998).

- a. Vigilância Epidemiológica: é um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. Além disso, reconhece as principais doenças de notificação compulsória e investiga epidemias que ocorrem em territórios específicos, agindo no controle dessas doenças específicas.
- b. Vigilância Ambiental: se dedica às interferências dos ambientes físico, psicológico e social na saúde. As ações neste contexto têm privilegiado, por exemplo, o controle da água de consumo humano, o controle de resíduos e o controle de vetores de transmissão de doenças – especialmente insetos e roedores.
- c. Vigilância Sanitária: dirige suas ações, geralmente, ao controle de bens, produtos e serviços que oferecem riscos à saúde da população, como alimentos, produtos de limpeza, cosméticos e medicamentos. Realizam também a fiscalização de serviços de interesse da saúde, como escolas, hospitais, clubes, academias, parques e centros comerciais, e ainda inspecionam os processos produtivos que podem pôr em risco e causar danos ao trabalhador e ao meio ambiente.
- d. Vigilância em Saúde do Trabalhador: realiza estudos, ações de prevenção, assistência e vigilância aos agravos à saúde relacionados ao trabalhador.

Por isso a Vigilância em Saúde deve ser considerada uma das funções essenciais da saúde pública(CHOI, 2012; HOLLAND, 2002; STACHENKO, 2008). Tem papel de

assessoramento das autoridades sanitárias quanto à necessidade de medidas de controle para determinadas doenças, como mostrado no diagrama de fluxo de um sistema de vigilância em saúde, figura 3, subsidiando a tomada de decisão e a operacionalização das políticas públicas(WALDMAN; ROSA, 1998). O SUS, a partir dos seus arcos legais, orienta os sistemas de saúde a se organizarem em bases territoriais(BRASIL, 2003). A organização em territórios reflete a riqueza e complexidade das relações humanas que interagem socialmente de forma política, econômica e culturalmente, senso mais que um aglomerado de pessoas que vive dentro de determinados limites geográficos, exigindo para isso uma organização para distribuição dos serviços de saúde que atendam suas necessidades(BRASIL, 2009).

Figura 3: Diagrama de Fluxo de um Sistema de Vigilância em Saúde.



Fonte: Adaptado de Centers for Disease Control and Prevention(WALDMAN; ROSA, 1998).

A Lei 8.080 no seu artigo 7º diz que as ações e as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo, entre outros, os seguintes princípios(BRASIL, 2003):

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
- b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

Ou seja, a descentralização administrativa com base territorial se dá por meio do trabalho de uma RAS, tendo a APS como ordenadora de um modelo de integração assistencial(OMS; OPAS, 2013; ROS et al., 2018), com auxílio da vigilância em saúde, caracterizando-se por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde(BITTAR et al., 2009a; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS), 2011a; GIOVANELLA et al., 2019a). Assim se garante o acesso, a resolutividade e a qualidade às ações e serviços de saúde através do direito à saúde, para reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade, ampliando a capacidade de diagnóstico e tomada de decisão loco-regional, que possibilite os meios adequados para a redução das desigualdades no acesso às ações e serviços de saúde(BRASIL. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA., 2007; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS), 2006, 2011b).

Partindo disso, sanitaristas, trabalhadores da saúde, usuários envolvidos nos espaços de controle social e pesquisadores voltaram a atenção para a análise situacional descentralizada, objetivando o modelo da APS com território definido, buscando analisar localmente os problemas existentes dentro de uma mesma sociedade de classes(PEDROSA; TELES, 2001). Com a redemocratização do país e a promulgação da Constituição de 1988, tornou-se lei a prestação de serviços de saúde pelos municípios com equidade, universalidade e integralidade na atenção à saúde, direitos estes consolidados pela Lei Orgânica da Saúde 8.080 em todo o território nacional(BITTAR et al., 2009b). Também mudanças nos paradigmas internacionais da saúde pública, expostas em conferências de saúde realizadas em países como Rússia, Canadá, Austrália, Suécia, Indonésia e México, criaram um campo propício para o fortalecimento da APS, a partir da declaração de Alma-Ata(GIOVANELLA et al., 2019b).

Para tanto, as análises de situação de saúde devem ser tratadas como processos contínuos, oportunos e sintéticos que permitem medir, caracterizar, explicar e avaliar o processo saúde/doença e assim contribuindo para o estabelecimento de estratégias políticas para a tomada de decisões dos gestores e as suas instâncias de participação e controle social, permitindo maior clareza na definição das prioridades e na avaliação do resultado de suas ações(CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (BRAZIL), 2009; SAÚDE, 2010). Por isso os dados sistematizados pela VS podem auxiliar na análise de estruturas, processos e resultados dos serviços de saúde(FERREIRA et al., 2021), permitindo que seu funcionamento se torne mais eficiente, equitativo e democrático. Para tanto, deve buscar incorporar todos os sujeitos sociais envolvidos no processo(BRASIL, 1998a). Inclui o diagnóstico de saúde (ou seja, o conhecimento das necessidades locais em saúde), o mapeamento da capacidade de oferta de ações e serviços (estrutura física, equipamentos, distribuição da produção e profissionais disponíveis) e sua distribuição social; o domínio dos processos de trabalho e das formas de organização da atenção à saúde, além da avaliação dos resultados alcançados, em termos de acesso dos usuários e melhoria dos indicadores de saúde.

2.6 Sistemas de Informações na Tomada de Decisão em Saúde

Dados, informação e conhecimento são a fundamentação da Ciência de Dados(SETZER, 1999). Classicamente, a tríade integra uma pirâmide em que o dado é o elemento mais primitivo e está situado na base da estrutura piramidal, referido como elemento concreto, bruto, desprovido de significado por si mesmo(SEMIDÃO, 2014). Da aglutinação de dados relacionados a um significado, portanto já com um colorido significativo atribuído por alguém, tem-se a informação(SEMIDÃO, 2014). Por sua vez, a informação aplicada a um contexto, e sob o crivo da reflexão e do método, resultará em conhecimento(SEMIDÃO, 2014). Tem-se, assim, que o dado é o polo mais concreto da tríade e o conhecimento, o elemento mais abstrato da pirâmide(SEMIDÃO, 2014; SETZER, 1999).

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) devem ser compreendidos como instrumentos para a identificação de necessidades e análise da situação de saúde para tomada de decisão. Deve ser compreendido como momento essencial para o processo de formulação

de políticas. A análise da situação de saúde não deve deixar de considerar noções, conceitos, métodos e técnicas específicas de demografia, geografia, epidemiologia, antropologia, economia, entre outros. Então isso deve gerar propostas metodológicas que auxiliarão na tomada de decisão das ações propostas para o cuidado em saúde à nível local(ARTMANN; AZEVEDO; SÁ, 1997; CECILIO, 1997; PAIM; TEIXEIRA, 2006a).

A definição conceitual de SIS pode ser bastante abrangente, mas resumindo são instrumentos para adquirir, organizar e auxiliar na análise de dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde, bem como avaliar a eficácia, a eficiência e a influência que os serviços possam ter no estado de saúde da população, contribuindo para a produção de conhecimento acerca dos assuntos a ela ligados(REZENDE; GUAGLIARDI, 2005). Por tanto, os sistemas de informações são necessários para subsidiar as tomadas de decisão no processo de trabalho da saúde pública.

A finalidade da informação em saúde consiste no conhecimento de uma realidade e as modificações que nela ocorrem, assim como identificar problemas individuais e/ou coletivos da sua população. A informação significa a ação de informar, tomar conhecimento de algo, investigação para verificar um fato, notícia recebida(FERREIRA, 2004). Através da informação tem-se elementos para a análise da situação encontrada e subsidia a discussão e tomadas de decisões entre os profissionais, a comunidade e a gestão na busca de alternativas de encaminhamento para determinado agravo em saúde. Assim, as informações devem abranger tanto as relativas ao processo saúde/doença quanto às de caráter político e administrativo, pois todas são essenciais ao processo de tomada de decisão no setor saúde(BRANCO, 1996a).

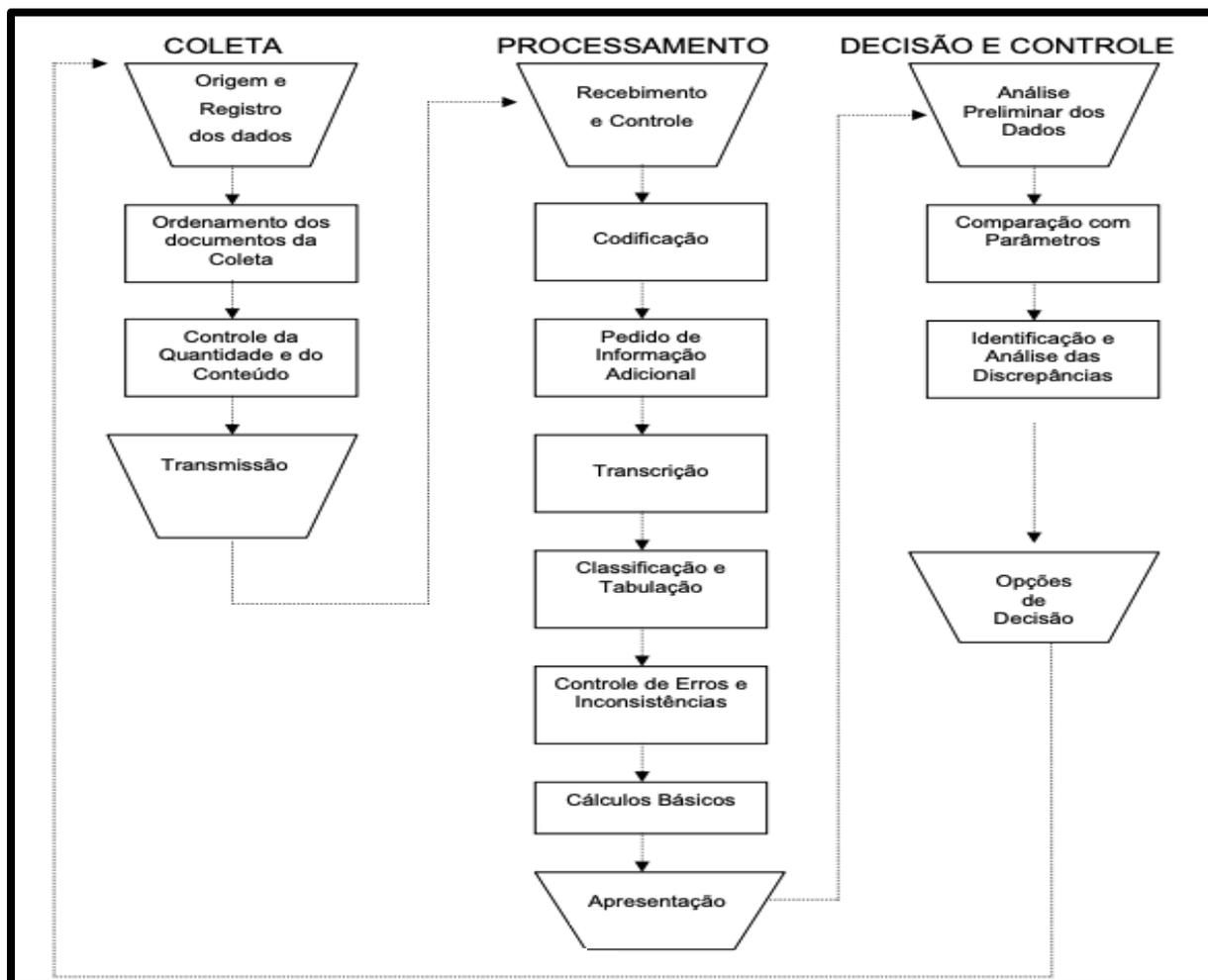
A Organização Mundial de Saúde (OMS) define sistemas de informação como ferramenta que atua de forma integrada para implementar processos de decisões na área da saúde. Eles têm a finalidade de selecionar dados pertinentes para aqueles que planejam, financiam, proveem e avaliam os serviços. Não se pode desconsiderar que a Informação é um direito de todos e dever do Estado e que o acesso à informação constitui um dos alicerces do projeto de conquistas sociais, de construção da cidadania(ALMEIDA, 1995a; MORAES; SANTOS, 1998, 2001a).

Para que os serviços de saúde possam ter o domínio do processo de trabalho baseado em tomadas de decisões com melhor custo-benefício e satisfação dos clientes ou

usuários do sistema, os gestores devem responsabilizar-se pelo planejamento, organização, controle e avaliação das suas ações. Então a produção, o gerenciamento e a divulgação de informação são elementos estratégicos que podem servir para o fortalecimento dos objetivos das ações prioritárias de sua população. A própria Lei Orgânica da Saúde (LOS) prevê como competência e atribuições comuns à União, a Estados e a Municípios a organização e coordenação dos sistemas de informação em saúde (BRANCO, 1996a; BRASIL, 2003). Ao município, especialmente, é atribuído, juridicamente, um papel bem mais amplo do que o de mero coletor de dados. Espera-se que ele seja capaz de produzir, organizar e coordenar a informação em saúde de sua região.

A tomada de decisão na gestão da saúde pública precisa contar com bons sistemas de informação, ou seja, um sistema organizacional requer: informação, decisão e ação. Neste sentido, existem operações básicas para que os SISs possam contribuir para esse processo (CAMARA; PINHEIRO, 2000; PINTO; ALMEIDA, 2000). Desta forma, são incluídas algumas etapas apresentadas na figura 4.

Figura 4: Esquema Geral da Produção da Informação.



Fonte: FERRERO & GIACOMINI(CAMARA; PINHEIRO, 2000)

A importância que os serviços de saúde têm em relação à gestão municipal não se dá apenas porque são fonte da maioria dos dados, mas pela possibilidade de ajudar no estabelecimento de prioridades e assim melhorar os indicadores de morbimortalidade da sua população da sua área de abrangência. A questão central é se os indicadores escolhidos tendem a refletir a própria concepção de saúde que os norteiam. Ou seja, escolher este ou aquele indicador, quantificar esta ou aquela variável pressupõe, antes de se constituir uma questão estatística ou epidemiológica, a explicitação da concepção, dos objetivos e metas a serem atingidos e, que isso tudo é a fundamentação para a adequada alocação de recursos financeiros(ALMEIDA, 1995b; BRANCO, 1996b; DAHLGREN; WHITEHEAD, 2007).

As configurações dos sistemas de informação no Brasil estão caracterizadas pelas bases de dados organizadas ou por procedimentos ou por determinados agravos ou grupo de risco, como se pode verificar no Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Tais dados podem se reverter em indicadores que subsidiem o planejamento, a programação

e a tomada de decisão da equipe interdisciplinar(FERRAZ, 2009). Possibilita, ainda, acompanhar a organização do sistema de saúde, no que se refere à complementaridade das ações, estabelecidas pelo sistema de referência e contrarreferência. Assim, esse sistema é uma ferramenta de apoio para gestão da saúde e um componente da organização e todos os seus níveis de decisão, devendo ser composto tanto pelos dados sobre as condições de saúde e doença no âmbito do território de atuação do município, como também pelas condições de vida e ambientais do entorno, além daquelas sobre as condições de atuação dos serviços de saúde, suas formas de funcionamento e o grau de cumprimento dos objetivos propostos(EDUARDO, 1990).

Ao MS compete, por meio do Datasus, a guarda, a preservação e o acesso seguros das bases de dados dos SIS, fontes para a elaboração de relatórios estatísticos que auxiliam a indicação do perfil de situação de saúde de estados, de municípios e do país(COELHO NETO; CHIORO, 2021). Os SISs do SUS agregam diversos tipos de bases de dados (sistemas e subsistemas) com função e objetos de registro de diferentes naturezas, conforme demonstrado na figura 5.

Figura 5: Sistemas de Informação em Saúde de base nacional em funcionamento no Brasil.

PRINCIPAL LÓGICA DE FUNCIONAMENTO	N	LISTA DE SIS
Cadastramento populacional e de estabelecimentos de saúde	2	CADSUS, CNES
Monitoramento de eventos relevantes para saúde pública	14	SINAN NET, SIVEP Malária, SIVEP DDA, RESP, SINAN Dengue/ Chikungunya, SINAN Influenza, SINASC, SIM, GAL, COAGULOPATIAS <i>web</i> , HEMOGLOBINOPATIAS <i>web</i> , SIS-Água, SIS-Solo, VETORES-MALÁRIA
Controle de Programas e/ou repasses Federais	26	Programa Bolsa Família, PAINEL-PSE, HIPERDIA, SIRAM, SI-PNI, SIS Pré-Natal, SISVAN, SIA, SIH, CMD, Fique Sabendo, SICLOM, SISCEL, SISCAN, PMAQ-AB, AMAQ, RAAS-AD, SIAB, SIASI, SISGENO, ProgramaSUS, SIACS, SIES, SISNEO, SIS-PNDC, Sistema de Micronutrientes
Apoio à informatização de políticas, processos e serviços do SUS	12	SISREG, HÓRUS Básico, HÓRUS Especializado, HÓRUS Estratégico, TELESSAÚDE/SMART, APURASUS, BHL-WEB, BPS, SARGSUS, SNT, E-SUS AB/SISAB, SIS-CNRAC
Total	54	

Fonte: DATASUS, Departamento de Informática do SUS(COELHO NETO; CHIORO, 2021)

2.7 A Participação Social na Tomada de Decisão em Saúde

A ação do controle social tem sido o centro de discussões e práticas de diversos segmentos da sociedade, especialmente porque é entendido como sinônimo de participação social nas políticas públicas (BUSANA; HEIDEMANN; WENDHAUSEN, 2015). A participação social na tomada de decisão em saúde ganhou importância no Brasil a partir do processo de redemocratização, na década de 1980, depois com a 8ª CNS (LEMONS, 2018). Mas principalmente, com a institucionalização dos mecanismos de participação nas políticas públicas na Constituição e reafirmado na lei 8.142/90 (34). Com essa lei a participação do usuário da saúde, trabalhador da saúde, prestadores de serviços de saúde e representantes do governo foi concebida na perspectiva de controle social exercido por segmentos da sociedade civil, conforme figura 6, sobre as ações do Estado, no sentido deste atender aos interesses do coletivo em nível local, municipal, estadual e nacional.

Figura 6: A composição do Conselho Municipal de Saúde.



Fonte: Site do Conselho Municipal de Saúde da cidade de São José do Rio Preto

A saúde pode ser considerada uma das precursoras nesse processo de participação social com forte poder de influência sobre a tomada de decisão das gestões na área da saúde é um dos pilares do bem-estar social, além de ser uma área (BARROS; ALMEIDA, 2022). Muito em função do Movimento da Reforma Sanitária, que reuniu vários atores que compõem os movimentos sociais como os trabalhadores, as universidades, os cidadãos usuários do sistema de saúde, os gestores e os partidos políticos que estavam se reestruturando após tantos anos de ditadura militar no país, e com vistas, especialmente, à mudança do modelo de cuidado em saúde privatista, excludente e dominante no país para um sistema Universal de Saúde Público, participativo, descentralizado e de qualidade (TEIXEIRA et al., 1993). Portanto, novos sujeitos passaram a participar do processo de implantação do SUS, produzindo um cenário sociopolítico incomum na história do país e das democracias contemporâneas, sendo atores importantes para tomada de decisão (MOREIRA et al., 2006; MOREIRA; ESCOREL, 2009).

Dessa forma, o Controle Social deve ser visto como espaço de atuação de setores organizados da sociedade civil que representam um coletivo de pessoas na gestão das políticas públicas. Regulamentado pela lei 8.142/90, tem ação direta nas tomadas de decisão da gestão pública, especialmente na saúde, fazendo com que o Estado e os gastos públicos direcionam-se aos interesses da coletividade (GOMES, 2015). Por tanto, esse passa a ser um espaço de relação orgânica de disputas, de tensões e, acima de tudo, de interesses entre o Estado e a Sociedade Civil, que a oposição real se dá entre as classes sociais pela hegemonia dos conflitos de interesses (MARQUES, 2019; OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010). Assim, o controle social é uma arena para tomadas de decisão: ora é de uma classe, ora é de outra circunda pela correlação de forças (TÓTORA, 1999)

Os espaços de controle social têm o desafio de subsidiar as tomadas de decisão e fiscalizar as ações e práticas em saúde para que se criem políticas públicas que impactem fortemente para garantir os princípios do SUS. Por isso, considera-se que os espaços de controle social são muito mais uma representação política do que social e assim deve ser visto dentro da perspectiva da democratização dos processos decisórios com vistas à construção da cidadania, destacando que ao longo de muitos anos os gestores públicos submetem os objetivos de sua ação aos interesses particulares de alguns grupos dominantes (BRASIL, 1998b; CARVALHO, 2006).

Os conselhos, de um modo geral, constituem uma das principais experiências de democracia participativa no Brasil contemporâneo e apresentam potencialidades para atuar, juntamente com o Poder Executivo, na formulação de estratégias e no controle da execução da política pública, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, na fiscalização das contas públicas e na deliberação sobre os relatórios de gestão do governo. Neste sentido o controle social deve fortalecer a concepção de gestão pública do SUS democrática, devendo ser submetida aos interesses das pessoas e da sociedade.

No entanto, algumas avaliações presentes na literatura são de que os conselhos não estão cumprindo sua vocação deliberativa(TATAGIBA, 2005). Embora os motivos apresentados sejam variados, a grande maioria dos estudos aponta a baixa capacidade de inovação das políticas públicas a partir da participação da sociedade civil nos conselhos, sugerindo que essa participação assume contornos mais reativos que propositivos(KIM; MIRANDA, 2010; TATAGIBA, 2005). Além disso, as práticas nos Conselhos têm demonstrado que, mesmo que entre sociedade e governo exista uma igualdade numérica, essa igualdade por si só não é suficiente para garantir o equilíbrio no processo decisório. Os principais fatores que contribuem para isto são: a dificuldade dos atores em lidar com a pluralidade; a fragilidade das relações entre o conselheiro e a entidade que ele representa o que, muitas vezes, faz com que as decisões tomadas sejam consideradas meros compromissos pessoais, a não honrados pelas instituições. Não são comuns as tentativas de cooptação pelo Estado dos representantes da sociedade civil e a qualificação dos conselheiros para o exercício de suas funções – se o acesso às informações quanto ao funcionamento da máquina administrativa coloca os conselheiros governamentais em vantagem em relação aos não governamentais(CARVALHO, 2006).

2.8 Elementos para a Tomada de Decisão na Gestão da Saúde

A prática cotidiana dos serviços de saúde desafia os gestores a identificar e ponderar os elementos que devem ser levados em consideração para a tomada de decisão na saúde. As reformas nas últimas décadas, que alteraram os seus objetivos com um direcionamento para a eficiência, novos modos de atuação e melhoria do desempenho e resultados. Essas transformações têm gerado, entre outros desafios, a necessidade de

desenvolvimento de novas competências especialmente aos gestores(OLIVEIRA; SANTOS, 2022; SØRENSEN; TORFING, 2018).

A partir disso, os gestores devem ter em mente que é fundamental ter formação na área da saúde coletiva, mas jamais deixar de ter habilidades, políticos, noções de custos efetividade, ser capaz de negociar, desenvolver equilíbrio emocional, dominar gestão financeira e se apropriar das metas e dos indicadores que os ajudaram a tomar decisões e a conduzir o processo para implementação das políticas, planos, programas e ações de saúde sob sua responsabilidade(SILVA, 2004). Isso porque, o Secretário de Saúde e sua equipe são envolvidos por um conjunto de informações sobre leis, normas, portarias, decretos, programas, projetos prioritários, anúncios de novas tecnologias e sistemas de informação em saúde (SIS) que buscam indicar as necessidades reais da população que, por vezes, pelo peso que cada um desses parâmetros pode ter em momentos diferentes, ficam engessados, sendo, na maioria das vezes, conduzidos ao invés de conduzir.

É necessário um aperfeiçoamento, por parte dos gestores, para que se tenha um adequado processo prévio de planejamento e organização quando do momento da tomada de decisão. Esse planejamento das ações, que subsidiará o processo de tomada de decisão, deve ter como princípio a implementação e avaliação de políticas, planos, programas, projetos, destinados a intervir sobre o estado de saúde da população e sobre o próprio sistema de serviços de saúde. Lembrando que, tanto os Municípios, quanto os Estados e a União são partes integrantes e indissociáveis de uma rede de cuidado que deve estar interligada e alinhada.

2.8.1 Parâmetros de Formação Educacional

A formação de profissionais para atuar no SUS sempre foi uma necessidade, preparar gestores para gerenciar esse processo e saber tomar decisões que sejam importantes para a rede de atenção à saúde, o desafio é maior ainda. Trazer o campo do real, da prática do dia a dia de profissionais, usuários e gestores, mostra-se fundamental para a resolução dos problemas encontrados na assistência à saúde, para a qualificação do cuidado da rede de atenção e para aproximar a formação dos profissionais das reais

necessidades dos usuários do sistema(BATISTA; GONÇALVES, 2011). Acrescente-se a isso o fato de estarmos em um processo rápido de mudanças de conhecimentos e saberes tecnológicos na área da saúde com uma ampla necessidade distribuição de profissionais em todos os territórios pela grande expansão dos diferentes pontos da rede de atenção à tornando ainda mais difícil a tarefa de qualificar todos os atores envolvidos no processo(CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A necessidade de gestores de saúde que tomem decisões qualificadas é fundamental para ampliar as possibilidades de consolidação do SUS e viabilizar seu crescimento na direção dos princípios e diretrizes que o orientam. O perfil de formação de gestores mostra a irregularidade dos níveis de formação acadêmica dos Coordenadores Regionais da Atenção Básica no Estado de Minas Gerais e os resultados revelam a necessidade de se estabelecer um conjunto de habilidades, competências e nível de formação para cargos de gestão na saúde(SALOMÃO, 2010).

Na Norma Operacional Básica-NOB SUS 01/1996, se enfatizava que no processo de gestão na saúde pública os tomadores de decisão têm a responsabilidade de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria o que exige uma adequada formação. Outro aspecto importante a ser considerado para se ter adequados tomadores de decisão na gestão é a questão salarial, quanto maior a motivação, maior é a produtividade. A desvalorização de um cargo ou função de relevância social e complexidade técnica indica uma lógica locorregional de mercado que contradiz a lógica de adequada remuneração, além de retirar do cenário uma fonte de motivação(XIMENES NETO; SAMPAIO, 2007).

A mudança na formação acadêmica de estudantes e professores, especialmente do campo da saúde, também se tem mostrado necessária(CARÁCIO et al., 2014; CECCIM, 2018; LIBÂNEO; PIMENTA, 1999; TOASSI et al., 2012). Um dos pontos que mostram essa necessidade é o fato de que precisou-se criar uma política nacional de humanização (PNH) na saúde, que teve de convencer muitos gestores da real necessidade de qualificar a si e suas equipes para esse tema, pois percebeu-se um grande distanciamento que estava causando conflitos entre as partes: gestor, trabalhador, usuário e prestador de serviço(BARBOSA et al., 2013; PASCHE, 2009; SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009; SOUZA; MENDES, 2009). As instituições formadoras, percebendo essa e outras necessidades

se engajaram nas mudanças curriculares, na qualificação dos seus professores, seleção de uma nova geração de discentes e outros perfis de pesquisadores na área da saúde.

Essas estratégias visam principalmente contribuir para a reorientação do modelo, investindo na integralidade da atenção à saúde, na melhoria do processo ensino/aprendizagem, em conformidade com os princípios e as diretrizes do SUS(CECCIM, 2005). Nesse processo a tomada de decisão dos principais atores que eram os gestores e as instituições foi fundamental, pois implicou em novas dinâmicas de atuação nas unidades de saúde, com redefinição de responsabilidades entre os serviços e o ensino, tendo a melhora da saúde da população como objeto principal. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi uma das ações estratégicas que contribuíram para a qualificação do processo, fruto de trabalho intersetorial capaz de articular o desenvolvimento individual e institucional, às ações e os serviços e a gestão local, a atenção à saúde e o controle social(BRASIL, 1998b; GIGANTE; CAMPOS, 2016; MICCAS; BATISTA, 2014; NICOLETTO et al., 2013).

2.8.2 Parâmetros Técnicos

Levar em consideração, eminentemente critérios técnicos para a tomada de decisão na gestão em saúde não é uma tarefa fácil, pois o dia a dia dos serviços de saúde é complexa e repleta de incertezas e subjetividade. Não são raros os momentos em que os gestores se deparam com situações onde apenas os conhecimentos técnicos para a tomada de decisões são insuficientes e sua aplicabilidade causará mais insatisfação que benefícios. Ainda, existem aqueles momentos em que as decisões técnicas são necessárias mesmo diante de escassas evidências. Para tanto, é necessário um adequado banco de dados para o fornecimento de informação em tempo hábil para que o gestor tenha elementos técnicos que justifiquem as decisões(PAIM; TEIXEIRA, 2006b).

Para se ter parâmetros técnicos que sejam determinantes para formalização de estruturas, processos, rotinas, fluxos e procedimentos no processo de trabalho dos serviços de saúde é necessário saber avaliar bem as escolhas. Avaliar baseado em parâmetros técnicos consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito das melhores

evidências sobre um tema ou sobre um dos seus componentes com o objetivo de ajudar na tomada de decisão (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Qualquer ação baseada na melhor evidência técnica possível exige um processo que requer tempo para se apropriar das tecnologias. No entanto, os tempos para solucionar situações problemas na rede de saúde exigem respostas práticas e imediatas, por isso que a existência de um conhecimento acumulado, decorrente de avaliações passadas ou previamente planejadas, pode ser decisivo para a tomada de decisão (TANAKA; TAMAKI, 2012). Os mesmos autores acrescentam que levar em consideração critérios técnicos na gestão de serviços de saúde, especialmente nos dias atuais, diante da escassez de recursos, não se pode deixar de pensar que a prática administrativa tem a finalidade de otimizar o funcionamento dos serviços de saúde de forma a obter o máximo de eficiência (relação entre produtos e recursos empregados), eficácia (atingir os objetivos estabelecidos) e efetividade (resolver os problemas identificados).

Os gestores devem se valer, essencialmente, de parâmetros técnicos e procedimentos que lhes permitam conduzir o funcionamento dos serviços na direção dos objetivos definidos. No entanto, é fundamental um adequado sistema de avaliação que deve constituir um instrumento essencial de apoio à gestão pela sua capacidade de melhorar a qualidade da tomada de decisão (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; HABICHT; VICTORA; VAUGHAN, 1999; NOVAES, 2004).

2.8.3 Parâmetros Políticos

As questões políticas são fundamentais nos rumos do processo decisório, à medida que temos diferentes cenários que devem ser considerados. Quando se pensa e discute política, na maioria das vezes, associa-se a partidos políticos, correntes ideológicas e direita ou esquerda, mas esse campo político tem outros cenários como: a políticas de classe, a política comunitária, a política partidária e a política de interesses pessoais. Todas essas, exigem do gestor público: formulação, implementação de estratégias, provisão e qualificação de recursos e pode se acrescentar ainda resiliência, capacidade de convencimento e planejamento estratégico (LINDBLUM, 1981). Por isso, por mais técnicos

que os gestores tentam ser, mais baseados em evidências eles buscam a tomada de decisão, é necessário reconhecer que o processo decisório, cujos limites são imprecisos, são diretamente afetados pelos diferentes atores políticos.

Ou seja, a decisão política está relacionada a fatores voltados a uma forma de manutenção de poder de um determinado grupo de pessoas ou partidos. Os mantenedores do poder são representados por uma pequena proporção da população, os quais exercem controle sobre o processo de decisão política(LINDBLOM, 1981). Ou seja, a forma pela qual a decisão política ganha concretude é mediante as regras de um grande jogo do poder que nem sempre as regras são compostas por condutas que atendam os interesses da sociedade, tendo em vista que são formuladas por grupos que detentores de considerável riqueza advinda da propriedade privada e que influencia muito nas decisões políticas. Um exemplo disso é o grupo de pessoas que dominam jornais, estações de rádio e televisão, o que pode contribuir de forma considerável para garantir poder de persuasão perante uma sociedade(LINDBLOM, 1981).

Historicamente as questões políticas entre os poderes executivo, legislativo e judiciário sempre estiveram juntas nos processos decisórios na esfera pública, especialmente na área da saúde. Algumas vezes elas transitam paralelamente, interseccionalmente e outras vezes em zonas de conflito, até porque os poderes, na sua constituição, são independentes. Tal característica é importante na medida em que permite o estabelecimento de um processo de negociações e movimentos que ultrapassam os fluxos pré-estabelecidos. Outro ponto a ser destacado é o fato que todos esses atores políticos, para conseguir o necessário apoio para suas pretensões ou mesmo se manterem na posição, devem ser capazes de influenciar a agenda de todos os segmentos sociais dos poderes, tanto a nível municipal, quanto estadual e federal e isso compete muitas vezes nos processos de tomadas de decisões.

Dentro de todas as possibilidades de interferências que os atores políticos, especialmente do poder legislativo, podem agir na tomada de decisão na saúde destaca-se o orçamento. A definição de orçamento é uma ferramenta feita muito tecnicamente, respeitando as questões legais e formais impostas, por outro lado, não pode desconsiderar que o orçamento é capaz de envolver vários atores políticos em jogos por conta da diversidade de interesses e de abordagens nas situações de decisão(BIN; CASTOR, 2007).

Assim, o processo orçamentário pode revelar comportamentos relevantes nas decisões organizacionais(PFEFFER; MOORE, 1980).

Importante ainda destacar a imprevisibilidade desse parâmetro durante o processo de gestão e especialmente nos momentos de tomada de decisão. Na dimensão que corresponde à política, um plano aprovado e acordos estabelecidos pelos atores implicados no processo, há sempre novos elementos e fatores que vão intervir no processo decisório(KLEBA; ZAMPIROM; COMERLATTO, 2015). Então, há de sempre considerar a imprevisibilidade relativa aos recursos ou as mudanças próprias da dinâmica da realidade, os conflitos de interesses entre os governantes e entre estes e os que prestam ou executam os serviços e a fragmentação de papéis das autoridades, tanto relativos aos setores, quanto aos diferentes níveis de governo comprometidos na execução das políticas públicas.

2.8.4 Parâmetros de Capacidade de Negociação

A tomada de decisão na gestão de serviços de saúde exige uma habilidade de negociação dos gestores públicos pois necessita conciliar interesses individuais, corporativos e coletivos que nem sempre são convergentes. Para tanto, necessita-se entender que o processo de negociação nesse local se dá, especialmente, em dois espaços, um que chamaremos de Espaço de Negociação Micro e outro de Espaço de Negociação Macro(LEÃO; DALLARI, 2016).

2.9.4.1. Espaço de Negociação Micro: ocorre dentro dos municípios como o do Controle Social, em espaços de discussão de acordo coletivo ou dissídios das categorias dos trabalhadores e ainda se dá dentro da gestão municipal entre as secretarias que compõem a administração pública e o responsável pelo poder executivo que é o prefeito.

2.9.4.2. Espaço de Negociação Macro: se dá entre as três esferas administrativas que deve ser permanente e para isso existem espaços formais para que se tenha maior cumplicidade que são: as Comissões Intergestoras Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB). O objetivo dessas comissões é promover a descentralização e ao mesmo tempo a integração de ações e serviços de saúde em todo o território nacional para

otimizar ações. Nesses fóruns, são construídos os acordos sobre a transferência de responsabilidades e recursos financeiros correspondentes, para que estados e municípios possam assumir as funções de coordenação e execução de ações e serviços relacionados com a saúde da população de seus territórios(BRAZIL. DIRETORIA DE INVESTIMENTOS E PROJETOS ESTRATÉGICOS., 2005). Trata-se de um processo dinâmico e complexo, permeado pela tensão inerente à distribuição de poder entre as três esferas de governo no Brasil, país caracterizado por profundas diferenças regionais, de natureza socioeconômica, cultural e sanitária, para que se busque critérios mais equitativos na distribuição de recursos entre as regiões(TEIXEIRA et al., 2004b). Os resultados desse intenso processo de pactuação intergestores, exercido na CIB e na CIT regula as diversas formas de transferências de recursos financeiros entre a União, Estados e Municípios. Esses recursos efetivam as tomadas de decisões que viram ações no dia a dia dos serviços de saúde e são efetivadas através de alguns instrumentos legais publicados pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde, sob a forma de planos e programações. Algumas dessas destacam-se:

2.9.4.2.1. Plano Diretor de Regionalização (PDR): conduzido pelas secretarias estaduais, de acordo com as diretrizes políticas contidas em cada Plano Estadual de Saúde, submetido e aprovado pela CIB e pelo Conselho Estadual de Saúde(VELOSO; JUNIOR, 2010). Trata-se de uma ação de regionalização da assistência à saúde do estado, e deve apresentar a organização do território estadual em regiões/microrregiões e módulos assistenciais, com respectivos municípios-sede, municípios-polo e demais municípios participantes. Inclui a identificação das prioridades de intervenção, para isso, informações em saúde são fundamentais, em cada região/microrregião, o plano diretor de investimentos e os mecanismos de relacionamento intermunicipal, visando a garantia do acesso da população aos serviços referenciados.

2.9.4.2.2. Plano Diretor de Investimentos (PDI): explicitação das necessidades de construção, reforma e ampliação de unidades de saúde, bem como de equipamento e reequipamento da rede de serviços de saúde, de modo a reduzir as desigualdades inter-regionais e

intermunicipais, em consonância com o Plano Diretor de Regionalização(VELOSO; JUNIOR, 2010).

2.9.4.2.3. Programação Pactuada Integrada (PPI): instrumento de programação que explicita a quantidade de procedimentos ambulatoriais e hospitalares e respectivos recursos financeiros federais, a serem ofertados em cada município para atender sua população própria e a população referenciada de outros municípios, a depender de sua posição na proposta de regionalização do estado(BRAZIL. DIRETORIA DE INVESTIMENTOS E PROJETOS ESTRATÉGICOS., 2005; VELOSO; JUNIOR, 2010).

O modelo assistencial praticado pelo gestor e sua equipe também influencia consideravelmente nos processos de negociações com atores envolvidos no processo saúde-doença. O modelo assistencial, segundo representa a lógica que orienta a organização dos serviços de saúde em três dimensões:

- Dimensão Gerencial: “relativa aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços de saúde”(TEIXEIRA et al., 2004b).
- Dimensão Organizativa: “diz respeito ao estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, geralmente, levando em conta a hierarquização dos níveis de complexidade tecnológica do processo do cuidado”(TEIXEIRA et al., 2004b).
- Dimensão Técnico-assistencial: “diz respeito às relações estabelecidas entre os sujeitos das práticas e seus objetos de trabalho, relações estas mediadas pelo saber e tecnologia que operam no processo de trabalho em saúde, em vários planos (promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, recuperação e reabilitação)”(TEIXEIRA et al., 2004b). Por tanto, sendo decisivo para o processo de tomada de decisão na gestão da saúde pública.

2.8.5 Parâmetros de Inteligência Emocional

A inteligência emocional no processo de comunicação e de tomada de decisão é elemento fundamental para as relações interpessoais com todos atores da gestão de saúde pública. Na sociedade atual a influência dos comportamentos das pessoas, carregados de interferências de mídia, das redes sociais, da política e de grupos específicos como os conselhos de classes e sindicatos, promovem a necessidade de tomadas de decisões que construam relações equilibradas. Uma pessoa qualquer não precisa, no seu dia-a-dia, se preocupar com as emoções para se comunicar eficazmente, o mesmo não acontece a nível de processos decisórios, onde os gestores precisam elaborar bem suas falas e expressar adequadamente suas emoções de forma que agregue o máximo de atores para objetivos que levem a melhor decisão para o bem comum na saúde pública. A partir disso, um gestor tem que ter inteligência emocional para ser um líder e comunicador para catalisar motivações, tanto a nível individual como em grupo, gerando fraquezas e pontos fortes do grupo, levando-os ao sucesso e mesclando a razão com a emoção(JUNQUEIRA; COUTO; PEREIRA, 2011; SILVA, 2010).

Para um gestor poder catalisar as emoções das pessoas precisa, primeiramente, saber controlar as suas. Nenhum líder tem a capacidade de gerir as emoções dos outros elementos do grupo, se não for capaz de gerir as suas próprias(GOLEMAN, 2015; MAGNANI, 2018). Então a inteligência emocional é a habilidade para identificar e controlar os próprios sentimentos e emoções, usando a informação obtida para guiar o pensamento e a ação(SILVA, 2010). As habilidades envolvidas na inteligência emocional incluem a identificação e a compreensão das emoções no próprio e nos outros; a expressão e a regulação das emoções; e o uso das expressões emocionais de forma adaptativa(GOLEMAN, 2015; SILVA, 2010).

Toda pessoa que almeja ou está em algum processo de gestão precisa saber dominar sua inteligência emocional e isso não é uma aptidão inata, mas sim se adquire. A competência emocional apreendida, baseada na inteligência emocional, resulta num desempenho extraordinário no trabalho desenvolvido(SILVA, 2010). Uma exemplificação disso é quando um gestor comunica uma notícia ruim de forma afetuosa, bastante provável que seja recebida, apesar de tudo, como uma interação positiva, contrariamente, se uma boa notícia for transmitida duma forma carrancuda, a interação, deixa uma má impressão para sua equipe, podendo inclusive se sentirem menosprezados(GOLEMAN, 2015). A

inteligência emocional de uma liderança, de um gestor, de um tomador de decisão influencia diretamente no processo de trabalho das pessoas que fazem parte de uma equipe e contribui para o bom relacionamento interpessoal e nos resultados de todo grupo (ALVES, 2022; JUNQUEIRA; COUTO; PEREIRA, 2011; MAGNANI, 2018).

2.8.6 Parâmetros de Gestão Financeira

Não existe ação em saúde sem custo, por tanto o financiamento da saúde é um parâmetro importante e fundamental para toda e qualquer tomada de decisão de redes de saúde. Esse tópico sempre provoca debates e conseqüentemente disputas no sentido de melhor definir a utilização e a alocação dos recursos para toda a sociedade, até porque a vida de cada pessoa não tem como ser quantificada na forma de valores, mas com certeza ela tem um custo, especialmente quando chega num nível de complexidade que exige alta tecnologia. Essa diferença nos custos entre dos níveis de atenção em saúde geram em cada setor de uma secretária todos os argumentos necessários para defender interesses e se colocando sempre mais prioritários do que outros. Dessa forma, os gestores ficam em situações que nem sempre tem condições de fazer escolhas justas e igualitárias.

Para o cuidado com a saúde, muitos países deparam-se com custos crescentes para o setor saúde. Tanto em termos absolutos como em termos relativos o custeio direto por cidadão ou usuário do sistema, independente se o modelo de saúde vigente ou tipo de financiamento adotado é público ou privado, os custos vêm se elevando (BRASIL, 2014). No mesmo estudo o Ministério da Saúde, mostra claramente o crescimento dos gastos em saúde, aliado à necessidade de se buscar eficiência na alocação dos recursos, pois, cada vez mais isso vem ocupando um papel importante na pauta das discussões do processo de gestão das políticas públicas.

Os resultados das avaliações econômicas devem servir como um dos fatores importantes nas decisões em saúde e no difícil processo de planejar serviços e sistemas de saúde. Entretanto, isso deve promover nos gestores a necessidade de priorizar as ações em saúde, levando em consideração o momento que está passando o território de sua responsabilidade. Com o crescimento dos gastos em saúde e a busca pela eficiência na

aplicação dos recursos públicos esse parâmetro passou a ocupar papel relevante na pauta das discussões das políticas públicas, especialmente em saúde, onde no mínimo 15% do orçamento do município e 12% do orçamento dos Estados devem ser investidos em saúde(TOMASI et al., 2015). No entanto, muito poucos municípios do Brasil investem somente 15% determinado constitucionalmente do seu orçamento, acrescenta-se a essa problemática o constante aumento nos gastos em saúde, pressionados pela incorporação de novas tecnologias, que facilitam os processos, agilizam os resultados das práticas em saúde, no entanto alimenta uma outra indústria de manutenção dessas tecnologias e a dependência dos serviços a elas, pois uma vez incorporada, dificilmente se consegue deixar de necessitá-la.

Desse modo, os tomadores de decisão ficam pressionados e diante de um dilema que é equilibrar despesas de acordo com o orçamento disponível e as necessidades das pessoas, famílias e comunidades diversas áreas sob sua responsabilidade. Acrescenta-se a isso o fato do montante de recursos que são despendidos para a saúde, principalmente naqueles países, como o Brasil, que tem modelo de saúde universal de acesso e resiste ao crescimento com imposições de limites das despesas com saúde. Esse fato põe em risco todos os orçamentos e também, por outro lado, obriga o gestor a manter o nível de excelência e principalmente de equidade no atendimento à população como um todo, mas sem perder a dimensão de uma análise econômica do gasto em saúde(BRASIL, 2014).

2.8.7 Parâmetros de Custo Efetividade

Os estudos de custo efetividades compreendem um importante grupo de métodos usados na avaliação de tecnologias em saúde. Essa ferramenta vem sendo objeto de muita atenção tanto por parte dos planejadores de saúde que fazem parte dos grupos de gestão no serviço público, bem como das agências e demais organismos responsáveis pela avaliação de tecnologias em saúde em diversos países. Esse interesse crescente é devido às preocupações com a elevação dos gastos em saúde, pelas pressões sobre os gestores nas decisões sobre a alocação de recursos e pela necessidade dos produtores de demonstrar os benefícios de suas tecnologias(BRASIL, 2014).

Nos últimos anos houve aumento no número de novas tecnologias produzidas e incorporadas no cuidado em saúde. Essas novas tecnologias impactam diretamente na queda da mortalidade, claramente evidenciada, por exemplo, em áreas como a perinatal e a cardiovascular, e ao aumento do volume de conhecimento/informação produzido sobre tecnologias médicas e do custo da assistência médica (CUTLER; MCCLELLAN, 2001; LICHTENBERG, 2001). Ao mesmo tempo, não se pode desconsiderar que também se aumentou os problemas com relação a utilização de tantas outras tecnologias comprovadamente sem efeito, ou com até efeito deletério (ANTMAN, 1992).

O uso racional de tecnologias, implica na necessidade de adequada seleção delas, e a identificação das condições em que elas são utilizadas. Não é incomum a utilização de tecnologias fora das condições nas quais se mostraram eficazes (SILVA, 2003). Tudo isso vem no sentido de tornar o sistema de saúde mais barato e, principalmente, com o objetivo de proteger e recuperar a saúde da população (TOMA et al., 2017). Introduzir custos e agregar valores para o desenvolvimento das ações em saúde deve vir, obrigatoriamente, de uma análise de custos efetividade para então subsidiar tecnicamente e politicamente os gestores para uma tomada de decisão coerente e baseada em evidências claras.

A avaliação de novas tecnologias para serem implantadas nos processos de trabalho dos serviços de saúde compreende algumas dimensões a serem consideradas. A acurácia (de tecnologias diagnósticas), eficácia (probabilidade de benefício de uma tecnologia em condições ideais), segurança (probabilidade de efeitos colaterais e adversos), efetividade (probabilidade de benefício em condições ordinárias, locais), custo-efetividade, custo-utilidade, impacto, equidade e ética. Todavia, pode-se afirmar que essa avaliação de tecnologias, via de regra, são parciais, cobrindo algumas das dimensões, geralmente aqueles relevantes: para o estágio do ciclo de vida em que se encontra a tecnologia, para um determinado sistema de saúde e para o patrocinador dessa nova tecnologia.

O potencial de equidade de uma tecnologia depende da sua relação de custo-eficácia, ou melhor, de custo-efetividade (e custo-utilidade) frente a de outras alternativas para lidar com um mesmo (ou diversos) problema(s) de saúde. Entretanto, essas relações, especialmente o componente de efetividade (e de utilidade), mas também o de custo, precisam ser uma estimativa local, que pode ser bastante diferente daquela observada em países desenvolvidos (SILVA, 2003; TOMA et al., 2017).

2.8.8 Parâmetros de Estabelecimento de Metas e Indicadores

Os indicadores de saúde são essenciais para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas e assim subsidiar a tomada de decisão, ou simplesmente justificá-la. A informação amparada em dados confiáveis é condição essencial para a análise da situação de saúde de um território, assim como para a tomada de decisões baseadas nas melhores evidências possíveis para se planejar e executar a programação de ações de saúde(SANTOS et al., 2015). Com os avanços tecnológicos para registro das informações disponibilizadas nos serviços de saúde, haja vista o estímulo a informatização da rede de atenção por parte das três esferas de governo, a introdução de prontuários eletrônicos e a integração entre os diferentes pontos da rede de atenção passou-se a compreender melhor a situação de saúde, bem como de seus determinantes sociais. Estabelecendo metas e indicadores passou-se a analisar outras dimensões do estado de saúde das pessoas, sendo possível avaliar dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais, entre outros, subsidiando melhor as tomadas de decisões.

Os indicadores de saúde são elementos que devem compor a tomada de decisão na gestão da rede de atenção à saúde. Eles são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde(GARCIA, 1989). Por tanto, os indicadores são variáveis que visam fornecer a melhor imagem possível de uma realidade, no entanto, considerando as inúmeras facetas com que ele é capaz de ser observado, podem existir inúmeros conjunto de indicadores que formarão essa realidade(TANAKA; TAMAKI, 2012).

Em face desse rol de possibilidades, a escolha dos indicadores utilizados para gestão de serviços de saúde constitui uma importante tarefa que carece de uma análise adequada para as tomadas de decisões na gestão. A seleção de um indicador deve ser levada em consideração a sua validade (medir efetivamente o que pretende medir), a sua fiabilidade (apresentar o mesmo resultado mesmo que seja utilizado por pessoas ou em circunstâncias diferentes), a sua sensibilidade (capacidade de captar mudanças na situação

ou no objeto estudado), e sua especificidade (refletir mudanças apenas no objeto que está sendo estudado)(TANAKA; TAMAKI, 2012).

Por tanto, as metas e indicadores escolhidos devem refletir a instituição/município/território de saúde. Ou seja, tomar a decisão por este ou aquele indicador, por esta ou aquela meta, pressupõe, antes uma questão estatística ou epidemiológica, a explicitação da concepção dos objetivos e metas a serem atingidos pelos gestores daquele nível de atenção(MORAES; SANTOS, 2001b).

Muito se discute sobre as diferenças entre os processos de gestão da iniciativa privada e o poder público. No entanto, como gestores públicos não se pode ignorar boas experiências tanto de um lado quanto de outro e para subsidiar a importância de estabelecer metas e utilizar bons indicadores vamos nos utilizar de literatura muito solidificada nas ações da iniciativa privada onde a atividade empresarial deve ser administrada com base em informações, cuja elaboração segue caminhos formais ou informais(FERNANDES, 2004).

Acrescenta ainda esse mesmo autor que há empresas que documentam todo o processo e os resultados, e há aquelas que trabalham de maneira informal, sem estabelecer um histórico das experiências e aprendizados para respaldar o gerenciamento futuro. No caso em que os caminhos são informais, a tomada de decisão pode ser bastante prejudicada pela baixa qualidade da informação, já que o processo de elaboração desta pode ser falho e não permitir a identificação eficaz do problema. Uma informação errada pode levar a uma decisão errada.

Independentemente da esfera de governo ou o porte municipal ou ainda nível de atenção da rede de saúde, os resultados são reflexos das capacidades de tomada de decisões acertadas ancorada em informações, metas e planejamentos bem estruturados. A base de sustentação de um sistema de decisão parte da informação precisa, que deve ser bem preparada e difundida para todos os interessados, ou seja: trabalhador, usuário do sistema, prestadores de serviços e gestores. Sistemas de informação com metas claras e indicadores sólidos e fidedignos certamente contribui para um gerenciamento eficaz e impulsiona a rede de atenção, pois oferta produtos e/ou serviços, satisfazendo às necessidades de todos enquanto solidifica a gestão.

2.9 Pergunta de Pesquisa

A partir desse referencial, procura-se identificar a natureza das informações consideradas necessárias para o processo de tomada de decisões por gestores em saúde, levando-se em conta a heterogeneidade das realidades locais, desde localização geográfica e econômica no estado, bem como porte populacional. Nesse sentido questiona-se se seria viável identificar quais os tipos de informações poderiam apoiar com maior qualidade e resolutividade os processos decisórios?

Para tanto, sugerimos um diagrama que relaciona os fatores que consideramos serem determinantes para a tomada de decisão para a gestão da Rede de Atenção à Saúde que está colocada na Figura 7. Essa figura mostra quantos fatores diferentes são determinantes na tomada de decisão. Muitas vezes algum desses fatores está mais preponderante, dependendo do contexto do município ou até mesmo da região, dentre outros incalculáveis fatores.

Figura 7: Fatores que interferem na tomada de decisão na gestão da Rede de Atenção à Saúde.



2.10 Metas com a Pesquisa

- Artigo 1: Quais aspectos influenciam a priorização da Atenção Primária à Saúde pelos gestores municipais do Rio Grande do Sul?
- Artigo 2: Uso da Vigilância em Saúde para Tomada de Decisão na Gestão da Saúde.
- Artigo 3: Avaliar a associação entre fatores contextuais em nível municipal e características individuais de gestores de saúde pública com as percepções sobre a utilidade do controle social: um estudo exploratório.
- Anexo: Artigo que aborda as despesas municipais em Atenção Primária em Saúde no Rio Grande do Sul, um estudo ecológico.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Estudar quanto o perfil dos gestores de saúde e o contexto municipal influenciam no processo de tomada de decisão da gestão de saúde pública no Estado do Rio Grande do Sul.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever características o perfil dos gestores em saúde do Estado do Rio Grande do Sul: artigos 1,2 e 3.
- Descrever as características contextuais e municipais para a tomada de decisão na gestão da saúde pública: artigos 1 e 2.
- Descrever quais os aspectos que influenciam os gestores para decidir priorizar a Atenção Primária em Saúde: artigo 1.
- Descrever quais os aspectos que influenciam os gestores decidir pela implantação de sistemas de informações em saúde e o uso da vigilância em saúde para tomada de decisão: artigo 2.
- Avaliar a associação entre o perfil dos gestores municipais do Estado do Rio Grande do Sul com a implantação de sistemas de informação em saúde e a priorização da vigilância em Saúde: artigo 2.
- Descrever quais os aspectos que influenciam os gestores em utilizar os espaços de controle social para a tomada de decisão em saúde: artigo 3.
- Descrever associação entre a consulta ao Controle Social e o perfil dos gestores municipais do Estado do Rio Grande do Sul: artigo 3.
- Analisar os fatores que influenciam a aplicação de recursos na Atenção Primária em Saúde: anexo.

4. METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo seccional analítico-descritivo. A metodologia realizada insere-se no paradigma de pesquisa que teve o objetivo de observar o fenômeno da tomada de decisão da gestão na saúde pública e buscar associações com alguns fatores contextuais de cada município do Estado do Rio Grande do Sul.

4.1 População do Estudo

Os sujeitos da pesquisa foram todos os 497 secretários municipais de saúde ou responsável legal em nível municipal no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. A opção por um censo foi para evitar-se qualquer viés de seleção, pela ausência de estimativas prévias para cálculo amostral e pela factibilidade de coleta de dados via internet. Em adição, o número de municípios do estado do RS (n=497) permitiu o contato direto a todos. Todos os secretários de saúde no ano de 2018-2019 foram elegíveis e não houve critérios de exclusão.

4.2 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada, num primeiro momento, utilizando um formulário auto preenchível construído na plataforma do FormSUS. Então foi aplicado durante reuniões do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) do Estado do Rio Grande do Sul, que aconteciam mensalmente no município de Porto Alegre-RS. A outra forma foi via internet, enviando o formulário para os e-mails dos secretários de saúde. O preenchimento durante as reuniões do COSEMS.

Um contato prévio com o COSEMS foi feito para explicar sobre a importância da pesquisa e apoio na divulgação dentre os secretários. Municípios que foram contatados após 3 reuniões do COSEMS, ou 3 envios de email, receberam ligações telefônica dos pesquisadores. Essa ligações telefônicas foram agendadas para garantir o mínimo de perdas. Estratégias de retorno também foram intensificadas em municípios de grande porte que apresentaram menor taxa de resposta se comparado com municípios de até 50 mil

habitantes. Também buscou-se a participação de municípios de todas as Coordenadorias Regionais de saúde do Estado para não termos perdas localizadas.

4.3 Variáveis de Interesse

Foi empregado um questionário com perguntas estruturadas, fechadas e semi-abertas, apêndice I, para responderem às questões de interesse.

As variáveis explicativas de caráter individual (do gestor municipal) foram extraídas do próprio questionário. Este era composto por 44 perguntas divididas em 4 blocos: a) perfil do gestor; b) formação e experiência profissional do gestor; c) visão do gestor sobre o sistema e; d) tomada de decisão.

Variáveis explicativas de caráter municipal contextual como: cobertura de saúde da família de 2015-2017, PIB municipal ou renda média de 2015-2017, porte populacional (conforme SBBrazil), gasto per capita em saúde, tipo de gestão foram posteriormente agregadas utilizando-se sistemas de informação em saúde (SIA-SUS, CNES, SIOPS) e dados censitários sobre características demográficas e socioeconômicas.

4.4 Medidas de Garantia e Controle de Qualidade

Para garantia e controle de qualidade das informações deste estudo foi necessário padronizar uma série de procedimentos para prevenir ou pelo menos minimizar erros sistemáticos ou aleatórios na coleta de dados. Essas atividades incluíram a verificação da validade do instrumento de coleta de dados, produção de manuais dos operadores (pesquisadores) e treinamento dos mesmos.

4.4.1 Confiabilidade das Informações

Transcorrido de 7 a 14 dias da devolutiva do questionário por meio de correio eletrônico serão sorteados de forma aleatória 10% dos respondentes para receberem o questionário e responderem novamente o bloco “a)”. Esse procedimento de reamostragem será feito até que se obtenha ao menos 80% de resposta do total de municípios. Os dados

obtidos na primeira coleta e na coleta de controle foram analisados do ponto de vista da confiabilidade utilizando o índice Kappa para variáveis categóricas e o Coeficiente de Correlação Intra-classe para variáveis contínuas. Neste aspecto questões que requereram memória do entrevistado se confirmou uma maior inconformidade. O questionário foi respondido pela mesma pessoa em ambas as vezes.

4.4.2 Validade do Instrumento de Coleta de Dados

O questionário, autoaplicável, através do aplicativo FormSUS, que foi utilizado tinha como link: http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=29792. A validação do instrumento incluiu avaliação das perguntas em relação ao processo de elaboração, pré-teste e estudo piloto. As perguntas constantes no instrumento foram formuladas pelos pesquisadores em relação aos objetivos do estudo. Informações municipais que poderiam ser obtidas por meio de sistemas de informação não foram incluídas para evitar viés de memória. Após a elaboração de um conjunto de perguntas, as mesmas foram pré-testadas(DUARTE, 2000) com gestores de distritos sanitários de Porto Alegre e Alegrete, sendo os indivíduos escolhidos por conveniência(HULLEY et al., 2015).

Essa primeira rodada foi realizada como entrevista presencial. Com base nas respostas, o instrumento foi revisado e reformulado para uma segunda rodada com 10 doutorandos do Programa de Doutorado em Odontologia-Saúde Bucal Coletiva para avaliação da pertinência das perguntas e respostas bem como compreensão da redação. Nessa rodada, o instrumento foi administrado de forma autoaplicável. Para evitar que o respondente erre na digitação de informações, cada pergunta aceita apenas códigos predefinidos e todas perguntas são obrigatórias a serem respondidas, permanecendo a possibilidade da resposta “não sei” quando necessário. Para o estudo piloto, uma amostra inicial de 10 gestores municipais foi utilizada para verificar questões operacionais da aplicação do instrumento em condições de campo. Eventuais alterações que necessitaram mudanças na redação do instrumento foram realizadas e essa amostra foi descartada.

4.4.3 Treinamento

A coleta de dados ocorreu em 2018-2019, coordenada por três pesquisadores: Fabiana da Silva Cabreira, Violeta Rodrigues Aguiar e Fernando Ritter. O treinamento para uso do FormSUS em Tablets teve duração prevista de 2 horas e foi realizado 7 dias antes da reunião do COSEMS. Caso o gestor não estivesse na reunião, foi realizado contato via correio eletrônico e/ou telefone ofertando que o mesmo participasse da pesquisa(HULLEY et al., 2015).

4.5 Análise Estatística

Os dados foram coletados através de questionário eletrônico via FormSUS e extraídos em planilha Excel. A análise quantitativa dos dados coletados foi realizada através do software Stata Análises descritivas e bi-variadas foram apresentadas.

A associação entre co-variadas e o percentual de priorização da APS e ter ou não ter Sistemas de Informação no município (Artigo 2 e 3 respectivamente) foram avaliados por meio do teste Qui-Quadrado, considerando nível de significância de 0,05. A análise por meio de regressão logística múltipla foi realizada usando um modelo conceitual elaborado com base teórica para definir o papel das variáveis incluídas no modelo inicial de forma a controlar por potenciais fatores de confusão. Permaneceram no modelo final as variáveis com $p < 0.20$. Devido a colinearidade entre as variáveis de escolaridade, essas são apresentadas em modelos distintos. Análises foram realizadas no software Stata 16.1.

4.6 Aspectos Éticos

Esta pesquisa seguiu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos -Resolução 466/2012. Ao serem convidados a participar do estudo, os indivíduos foram informados dos objetivos e benefícios do estudo. Tendo lido o termo de consentimento livre e esclarecido e aceitado participar da pesquisa tiveram acesso às perguntas do questionário. O Termo de consentimento livre e esclarecido encontra-se no apêndice II e estava no cabeçalho principal do formulário no FormSUS (http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=29792). O Comprovante de Aprovação no Comitê de Ética está no apêndice III.

5. RESULTADOS DA TESE

ARTIGO 1: Quais aspectos influenciam a priorização da Atenção Primária à Saúde pelos gestores municipais do Rio Grande do Sul - Brasil?

<https://doi.org/10.1590/1413-81232023281.00182022>

DOI: 10.1590/1413-81232023281.00182022

197

TEMAS LIVRES / FREE THEMES

Quais aspectos influenciam a priorização da Atenção Primária à Saúde pelos gestores municipais do Rio Grande do Sul - Brasil?

What aspects influence the prioritization of Primary Health Care by municipal managers in Rio Grande do Sul - Brazil?

Violeta Rodrigues Aguiar (<https://orcid.org/0000-0002-5997-4999>)¹
Fabiana da Silva Cabreira (<https://orcid.org/0000-0002-2606-8751>)²
Fernando Ritter (<https://orcid.org/0000-0003-4261-6551>)³
Roger Keller Celeste (<https://orcid.org/0000-0002-2468-6653>)⁴

Abstract Primary Health Care (PHC) is capable of achieving broad coverage and effectiveness. This study evaluated the factors associated with the prioritization that municipal health managers in the state of Rio Grande do Sul (RS) give to PHC. A cross-sectional analytical study was carried out between August 2017 and May 2019 using an online FormSUS questionnaire, consisting of 44 questions divided into 4 blocks, sent to 497 municipal health managers. Multiple logistic regression was performed to analyze factors associated with PHC prioritization. Out of 404 participants, 66.8% reported a maximum degree of prioritization. Managers with a postgraduate degree showed greater prioritization than those with elementary education (78.5% vs 58.8%, $p<0.01$). Regarding the postgraduate area, managers with training in public health prioritized PHC more than in other areas, or with no postgraduate studies, respectively with 84%, 77.1% and 61.8% ($p<0.01$). After adjusting for covariates, having a postgraduate degree in public health or in another area remained associated with greater chances of prioritization. The results may encourage initiatives that consider the level and area of education for this position focusing on technical, and not strictly political criteria.

Key words Municipal Management, Unified Health System, Decision-Making, Health Management, Primary Health Care

Resumo A Atenção Primária à Saúde (APS) é o capaz de atingir ampla cobertura e resolutividade. Esta pesquisa avaliou os fatores associados a priorização que os gestores municipais da saúde do estado do Rio Grande do Sul (RS) dada à APS. Realizou-se estudo analítico seccional entre agosto de 2017 a maio de 2019 através da aplicação de um questionário via FormSUS aos 497 secretários municipais de saúde do RS, composto por 44 perguntas divididas em 4 blocos. Efetuou-se regressão logística múltipla para analisar fatores relacionados a formação com a priorização da APS. De 404 participantes, 66,8% relataram um grau máximo de priorização. Gestores com pós-graduação apresentaram maior a priorização do que aqueles com ensino fundamental (78,5% vs 58,8%, $p<0,01$). Em relação à área de pós-graduação, gestores com formação em saúde coletiva priorizaram mais a APS do que em outras áreas, ou nenhuma pós-graduação, respectivamente com 84%, 77,1% e 61,8% ($p<0,01$). Após ajuste por covariadas, ter pós graduação em saúde coletiva ou em outra área permaneceram associadas a maiores chances de priorização. Os resultados podem fomentar iniciativas que considerem o nível e a área de escolaridade para esse cargo, com enfoque no critério técnico e não estritamente político.

Palavras-chave Administração Municipal, Sistema Único de Saúde, Tomada de Decisão, Gestor de Saúde, Atenção Primária à Saúde

¹ Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), R. Ramiro Barcelos 2492, Santa Cecília, 91037-003, Porto Alegre, RS, Brasil. violetaaguiar@gmail.com
² Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha, Alegrete, RS, Brasil.
³ Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.
⁴ Departamento de Odontologia Preventiva e Social, UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil.

Introdução

A Organização Mundial da Saúde¹ reconhece a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada dos usuários no sistema público de saúde e também como coordenadora do cuidado². Entende-se a APS como nível de cuidado estratégico capaz de atingir ampla cobertura e resolutividade³. Diversos estudos⁴⁻⁶ têm apontado bons resultados na relação custo benefício da APS, que no Brasil tem sido implementada por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com adesão de usuários em um território definido. O aumento da cobertura de saúde da família já foi associado ao aumento de ações preventivas⁷, redução da morbimortalidade⁸ e diminuição das internações hospitalares^{9,8}.

No Brasil, com os processos de descentralização e municipalização da saúde, a gestão municipal tornou-se central em termos de organização da atenção primária, especialmente em municípios de médio e pequeno porte. O gestor municipal, no entanto, gerencia um sistema de saúde complexo⁹, de forma que a priorização da APS e a destinação de recursos para isso parecem ser guiadas por múltiplas questões⁶. Há poucos estudos empíricos sobre a forma de tomada de decisão e fatores que influenciam na priorização da APS; e estes se referem à área de avaliação dos serviços e sistemas de saúde¹¹. Em teoria, além das informações obtidas no processo avaliativo, seja medida por indicadores que traduzem a assistência prestada, seja aferida pela satisfação do usuário¹², o gestor municipal, utiliza o conhecimento pessoal (referências técnicas, políticas, institucionais, sociais, culturais) e a percepção que tem do problema para tomar uma decisão, mobilizando recursos necessários⁷.

Espera-se que profissionais com vivência e formação na área da saúde, sejam gestores que priorizem mais a APS. A legislação a partir de 1990¹³ reorientou o Sistema de saúde no país e, por conseguinte tencionou mudanças nas Diretrizes Nacionais Curriculares (DCN), aproximando os cursos na área da saúde ao Sistema Único de Saúde, principalmente a partir de 2001¹⁴. Estudos prévios^{15, 4} relacionados a prática profissional no âmbito do SUS, mostraram que trabalhadores com formação na área da saúde tendem a conhecer melhor o SUS, compreender a importância das políticas de saúde, como a Estratégia de Saúde da Família adquirindo uma postura de atuação comprometida com as necessidades dos usuários do Sistema¹⁷⁻³. A pós-graduação na área da saúde coletiva parece

promover a mudança da prática assistencial em saúde¹⁹, favorecer o trabalho em equipe, as trocas efetivas de saberes e práticas e a construção de uma nova realidade de saúde para a população¹⁶, além de aumentar a resolutividade das ações e serviços prestados².

Os fatores contextuais podem também influenciar na tomada de decisão dos gestores municipais em saúde. Apesar da maioria dos municípios de pequeno porte ter gestão plena apenas da Atenção Básica¹⁵, podem ter dificuldades na tomada de decisão devido a menor receita própria⁴ e menor rede de serviços de saúde, incluindo demanda por serviços especializados. Por outro lado, há menores barreiras e distância entre os trabalhadores e a gestão¹⁶ nestes municípios. O fato de grande parte dos incentivos financeiros virem da esfera federal também pode influenciar na preferência de um programa em detrimento do outro^{16, 20}. Estudo prévio do RS aponta que aspectos para além dos indicadores sociodemográficos ou de necessidade em saúde influenciam na alocação de recursos na atenção primária à saúde⁷. Assim, este estudo objetiva descrever o perfil dos gestores municipais de saúde do Rio Grande do Sul e analisar fatores relacionados a priorização da Atenção Primária à Saúde pelo gestor municipal.

Metodologia

Trata-se de estudo transversal com gestores municipais da saúde em exercício do Rio Grande do Sul (RS). Os dados foram coletados no período de agosto de 2017 a maio de 2019, através de um questionário com perguntas estruturadas, fechadas e semiabertas, autopreenchível, que foi enviado para o e-mail institucional das prefeituras e secretarias municipais de saúde. Para municípios que não responderam ao questionário online, foram realizadas seis tentativas de contato telefônico (fixo ou celular) pelos pesquisadores diretamente com secretários de saúde ou assessores de forma de alcançar maior taxa de resposta. Essas informações foram obtidas no site das Secretarias Municipais de Saúde do RS. Esta pesquisa seguiu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos - Resolução 466/2012, CAAE 68968317.0.0000.534.

Foram coletadas informações individuais a respeito do respondente e dados referentes ao contexto do município. Para o presente estudo foram utilizadas as seguintes variáveis: idade, escolaridade, vínculo partidário, sexo, forma de

contratação, renda familiar, raça/cor, carga horária de trabalho, escolaridade dos pais, religião foram extraídas do próprio questionário aplicado aos gestores que era composto 11 perguntas divididas em 4 blocos: a) perfil do gestor; b) formação e experiência profissional do gestor; c) visão do gestor sobre o sistema e; d) tomada de decisão. Para a análise do presente artigo foram utilizadas perguntas do bloco "perfil do gestor" e "formação e experiencial profissional" e duas perguntas do bloco "visão do gestor sobre o sistema", que tinham a priorização da Atenção Primária como desfecho. Variáveis explicativas de caráter municipal (contextual) foram coletadas no período de 2015 a 2017: taxa de equipes de saúde da família (extraído do CNE/S), gasto per capita em saúde (indicador "D.R.Próprios em Saúde/Hab" no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS), porte populacional (IBGE), tipo de gestão (Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul). A classificação tipo de gestão é referente a classificação do Ministério da Saúde e CONASEMS, de acordo com o Sistema de Controle do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (SISMAC), que se refere a condição da gestão do município quanto aos recursos: ter gestão plena do sistema (da atenção primária, média e alta complexidade), ter gestão parcial da Média e Alta complexidade (com assunção de alguns serviços da MAC) e gestão somente da APS.

A variável dependente de interesse foi a priorização da APS. A pergunta usada foi "Na sua opinião/visão, se tivesse disponível uma quantidade adicional de recurso financeiro para realizar qualquer investimento na saúde, considerando a realidade do seu município, qual a sua prioridade?". A dicotomização se deu pelo escore: priorização máxima da APS=1, priorização média até mínima da APS=escores 2, 3 e 4. A categorização ocorreu porque alguns casos tinham poucos indivíduos e caselas zeradas em análises estratificadas. Na ausência de marco teórico para definir o melhor ponto de corte, optou-se pelo valor extremo.

Três variáveis independentes foram consideradas para representar a formação e duas variáveis para expressar a experiência em gestão. A variável de formação geral foi escolaridade com quatro categorias: ensino fundamental concluído, ensino médio concluído, graduação concluído ou pós-graduação concluído. A variável de formação em saúde foi medida por graduação em quatro categorias: nenhuma, outras áreas não saúde, outras áreas saúde ou graduação em enfermagem, medicina e odontologia (que são três profissões que integram a equipe de Estratégia de

Saúde da Família). As profissões da saúde foram tabuladas de acordo com Resolução nº 287, de 08 de outubro de 1998. A variável de formação em pós-graduação foi incluída por três categorias: nenhuma, outras áreas e saúde coletiva. A categoria pós-graduação em saúde coletiva foi composta por respostas como: "pós graduação em saúde pública, saúde da família ou saúde coletiva". A experiência foi avaliada como "experiência total", sendo categorizada em até um ano ou 2 anos ou mais. E como "cargo anterior na gestão/administração", sendo agrupadas em: deputado/prefeito/vereador, outro, gestor do executivo, secretário da saúde, nenhuma experiência.

Para garantia e controle de qualidade das informações foram tomadas algumas medidas. O questionário eletrônico foi elaborado no FormSUS padronizado com filtros para codificação de respostas sendo pré-testado com 10 gestores (não secretários de saúde) que não participaram do estudo como forma de avaliar redação e pertinências das perguntas. Foi produzido um manual para padronização das ligações³. Para confiabilidade das informações, aleatoriamente, 5%²⁰ dos gestores responderam novamente todo questionário. Os dados obtidos na primeira coleta e na coleta de controle foram analisados do ponto de vista da confiabilidade utilizando o índice Kappa para variáveis categóricas e o Coeficiente de Correlação Intra classe para variáveis contínuas. As variáveis sociodemográficas (idade, sexo, raça/cor, escolaridade/especialização, vínculo partidário, função atual do gestor) tiveram concordância perfeita com índice Kappa igual a 1. As demais variáveis (perguntas: "Realização de curso nos últimos 3 anos"; "Decisão para atendimento deve ser baseado em"; "Leu algum artigo nos últimos 3 anos?" apresentaram concordância substancial (0,61 e 0,80) ou quase perfeita (0,81 a 0,99), proveniente de respostas de gestores que são passíveis de viés de memória.

Análises descritivas e bivariadas foram apresentadas. A associação entre covariadas e o percentual de priorização da APS foi avaliada por meio do teste Qui-Quadrado, considerando nível de significância de 5%. Análise por meio de regressão logística múltipla foi realizada usando um modelo conceitual elaborado com base teórica para definir o papel das variáveis incluídas no modelo inicial de forma a controlar por potenciais fatores de confusão. Permaneceram no modelo final as variáveis com $p < 0,20$. Devido a colinearidade entre as variáveis de escolaridade, essas são apresentadas em modelos distintos. Análises foram realizadas no software Stata 16.1.

Resultados

Dentre os gestores dos 497 municípios do Rio Grande do Sul, 404 participaram da pesquisa (81,3%). Destes, a maioria se identificou como branco (94,5%), com até 39 anos (36,4%) e metade eram mulheres. Ademais, a maioria relatou vínculo partidário (77,2%) e ocupando/contratado para cargo de confiança (76,2%).

Do total de participantes, 66,8% relataram um grau máximo de priorização da APS em caso de recurso extra. No que se refere ao nível de priorização da atenção primária em relação aos demais níveis de atenção à saúde (Tabela 1), as variáveis estatisticamente significativas nas análises bivariadas foram: raça/cor, escolaridade, pós-graduação, carga horária de trabalho, vínculo empregatício. Dentre gestores com o maior grau de escolaridade 78,5% priorizam a APS, enquanto aqueles com ensino fundamental apenas 58,8% priorizam a APS. Essa relação também é semelhante no que se refere a graduação e pós-graduação, visto que o maior percentual de gestores que atribui prioridade máxima a APS possui graduação na área da saúde (77,3%) e pós-graduação em saúde coletiva (84%), ao passo que os gestores sem graduação e pós tendem a priorizar os outros níveis de atenção. Ademais, quanto menor a experiência em gestão da saúde (27,06%) e menor gasto per capita (32,7%) em saúde maior a priorização da atenção especializada.

Os resultados das análises por regressão são apresentados nas Tabelas 2, 3 e 4. Na Tabela 2, a partir do modelo cheio, os gestores mais velhos (acima de 60 anos) tiveram quase seis vezes mais chance (OR: 5,82 IC95%: 1,64-20,62) de priorizar a APS em relação aos gestores com até 39 anos não permanecendo significativo no modelo ajustado. Em relação a carga horária (CH) de trabalho, os gestores com CH menor teriam o dobro de chance de preferir a APS (OR: 2,13, IC95%: 1,15-3,92). E esse padrão permanece no modelo ajustado. Em relação a experiência anterior em cargo de gestão/administração, aquele que foi gestor do executivo ou que não esteve em nenhum cargo tende a priorizar três vezes (OR: 3,42, IC95%: 1,19-9,85) mais do que aquele que foi deputado/prefeito/vereador, e isso não foi mantido no modelo ajustado.

Na Tabela 3, as mesmas variáveis do modelo anterior, porém a variável de educação inclui o curso de graduação. A graduação na área de enfermagem, medicina e odontologia (OR: 2,22, IC95%: 0,98-4,91) está associada a maior chance de preferir a APS. A Tabela 4 que considera a

pós-graduação, o fato de o gestor ter especialização na área da saúde coletiva (OR: 3,44, IC95%: 1,04-11,38) ou em outra área (OR: 2,10, IC95%: 1,11-3,86) está associado a maior chance de decidir pela APS.

As variáveis contextuais não foram estatisticamente significativas (a um nível de 5%) em nenhum dos modelos ajustados. No entanto, os gestores de municípios de grande porte (>50 mil habitantes) parecem estar associados a menor priorização da APS (OR: 0,50, IC95%: 0,19-1,30) do que aqueles com pequeno porte (<5mil habitantes). Assim como aqueles gestores que possuem a gestão Parcial da MAC (OR: 1,49, IC95%: 0,90-2,47) em relação aqueles que trabalham em municípios com a gestão somente da APS (Tabela 4).

Discussão

Os achados deste estudo sugerem que o maior nível educacional geral, graduação em áreas que integram a equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família (medicina, odontologia e enfermagem) e em saúde coletiva (pós-graduação) estão associadas com maior percentual de priorização da Atenção Primária em Saúde entre os gestores municipais de saúde. Já a experiência profissional em gestão não apresentou associação. Estudos prévios já apontavam melhorias qualitativas e quantitativas nas práticas assistenciais de acordo com a formação^{1,22} e especialização^{13,4}. O movimento de reestruturação do ensino de graduação na área da saúde, que iniciou a partir da promulgação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) em 2001¹, adicionando conteúdos teóricos e práticos sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) nos Projetos Pedagógicos de Cursos (PPC) e componentes curriculares coerentes com as necessidades sociais em saúde da população. Tais mudanças foram primordiais para a qualificação da formação profissional na área da saúde e pode influenciar a tomada de decisão de muitos gestores.

A maioria (76%) dos gestores do Estado possui vínculo como cargo de confiança e esses gestores priorizam significativamente menos a APS. Nesse sentido, a própria Constituição Federal exige seleção, como por exemplo, através de provas e/ou títulos para a contratação de servidores públicos, ratificando os princípios fundamentais da Administração Pública, principalmente a eficiência, a moralidade e a impessoalidade²³. Apesar de existirem iniciativas para que tais gestores

Tabela 4. Distribuição percentual da priorização máxima da APS pelos gestores municipais de saúde em diferentes dimensões. Rio Grande do Sul, 2017-2019.

		Nível de Prioridade Máxima			
		Total		Atenção Primária em Saúde	
		%	N	%	P-value
Total		100	401	66,8	
Bloco Sociodemográfico					
Idade	Até 39 anos	36,1	147	66,7	0,14
	40-49 anos	30,5	123	62,6	
	50-59 anos	26,2	106	67,0	
	≥60 anos	6,9	28	8,7	
Sexo	Feminino	50,0	202	69,8	0,21
	Masculino	50,0	202	63,9	
Raça/Cor	Branco	94,5	381	65,4	0,01
	Não-branco	5,5	22	90,9	
Nível educacional dos pais	Ambos fundamental incompleto	40,4	163	69,3	0,23
	Um com fundamental completo	31,6	128	60,9	
	Ambos com fundamental completo	28,0	113	69,9	
Renda domiciliar equivalente	<R\$ 2.500	20,3	82	68,3	0,96
	R\$ 2.500-5.000	51,7	209	66,0	
	R\$ 5.000-7.500	17,6	71	69,0	
	>R\$ 7.500	9,4	38	68,1	
Religião	Sim	82,4	333	66,2	0,90
	Não	17,6	71	67,0	
Bloco Técnico					
Escolaridade	Ensino fundamental completo ou incompleto	4,2	17	38,8	0,01
	Ensino Médio completo	31,9	129	63,6	
	Ensino Superior completo	33,9	137	60,6	
	Pós-Graduação completo	30,0	121	78,5	
% de estudo em escola pública	>75%	61,1	247	65,2	0,38
	<75%	38,9	157	69,4	
Graduação	Nenhuma	36,1	146	63,0	0,23
	Outras áreas não saúde	35,7	144	66,7	
	Outras áreas saúde	11,9	48	64,6	
Pós-Graduação	Inf/Med/Odo	16,3	66	77,3	>0,01
	Nenhuma	70,0	283	61,8	
	Outras áreas	23,8	96	77,1	
	Saúde Coletiva	6,2	25	84,0	
Carga horária	20h a 40h	53,2	215	72,1	0,03
	Mais de 40h	17,8	72	64,1	
	Dedicação exclusiva	29,0	117	55,6	
Vínculo empregatício	Cargo de confiança	76,2	308	64,3	0,05
	Outro	23,8	96	75,0	
Vínculo político partidário	Sim	77,2	312	64,4	0,06
	Não	22,8	92	75,0	
Anos de experiência gestão	0 a 1 ano	21,3	85	65,9	0,85
	2 anos ou mais	78,7	318	67,0	

continua

Tabela 1. Distribuição percentual da priorização^a máxima da APS pelos gestores municipais de saúde em diferentes dimensões, Rio Grande do Sul, 2017-2019.

		Nível de Prioridade Máxima			
		Total		Atenção Primária em Saúde	
		%	N	%	P-valor
Anos de experiência no cargo de secretário	0 a 1 ano	42,4	171	69,6	0,33
	2 anos	39,7	160	66,9	
	>de 2 anos	17,9	72	59,7	
Cargo anterior na gestão/administração	Outro	7,7	31	61,3	0,09
	Gestor do executivo	35,9	145	71,7	
	Deputado/prefeito/vereador	5,4	22	45,5	
	Secretário da saúde	11,1	38	60,3	
	Nenhum	36,6	148	68,9	
Cargo atual	Outro	11,6	47	74,5	0,21
	Secretário da saúde	88,4	357	65,8	
Realização de curso nos últimos 3 anos	Não	21,8	88	59,1	0,08
	Sim	78,2	316	69,0	
Decisão para atendimento deve ser baseado em:	Evidências	13,4	54	59,2	0,41
	Experiência profissional	23,5	95	66,3	
	Protocolos/normativas	63,1	255	68,6	
Teu algum artigo nos últimos 3 anos?	Não	51,5	156	65,1	0,79
	Sim	48,5	130	63,9	
Bloco Contextual					
Taxa Equipes de Saúde da Família/1.000hab	<3	17,6	71	69,0	0,21
	De 3 a 5	43,1	174	61,5	
	De 6 a 8	24,5	99	69,7	
	>9	14,8	60	75,0	
Porte Municipal/Populacional	<5mil	11,1	178	70,2	0,60
	5-30 mil	40,6	164	63,4	
	30-50 mil	6,2	25	64,0	
	>50 mil	9,2	37	67,6	
		32,9	133	67,6	
Gasto Per capita/Saúde	<R\$ 500	38,6	156	63,5	0,26
	R\$ 500-999	13,8	177	71,2	
	≥R\$ 1000	17,6	71	63,4	
	Somente APS	30,0	121	61,9	0,21
Tipo de Gestão	Parcial da MAC	57,4	232	70,23	
	Plena do Sistema	12,6	51	62,7	

^aPriorização máxima da APS = escore 1; priorização mínima/médio da APS = escore 2,3 e 4.

Fonte: Autores.

sejam escolhidos por critério técnico, observa-se que tais propostas ainda tem pouco eco no processo de escolha de secretários de saúde em nível

municipal no RS. Estudo sobre morbimortalidade nos municípios brasileiros observou que os Estados brasileiros com maior proporção de pre

Tabela 3. Razões de chance (OR) e intervalo de confiança (IC95%) de priorização da APS por nível escolaridade dos gestores municipais de saúde ajustado por covariáveis em Regressão Logística Múltipla, Rio Grande do Sul, 2017-2019.

		Modelo Cheio		Modelo Final	
		OR	IC95%	OR	IC95%
Escolaridade	Ensino Fundamental concluído	1		1	
	Ensino Médio concluído	1,24	0,40-3,84	1,04	0,35-3,06
	Graduação concluído	1,14	0,36-3,59	0,92	0,31-2,66
	Pós Graduação concluído	2,70	0,81-9,03	2,30	0,76-6,98
Bloco Sociodemográfico					
Sexo	Feminino	1			
	Masculino	0,86	0,54-1,38		
Idade	Até 39 anos	1			
	40-49 anos	0,96	0,54-1,72		
	50-59 anos	1,61	0,86-3,01		
	≥60 anos	5,82	1,64-20,62		
Renda	<R\$ 2.500	1			
	R\$ 2.500-5.000	0,90	0,49-1,63		
	R\$ 5.000-7.500	0,78	0,36-1,70		
	>R\$ 7.500	0,89	0,33-2,43		
Bloco Técnico					
Experiência Total	0 a 1 ano	1			
	2 anos ou mais	0,89	0,51-1,58		
Vínculo empregatício	Cargo de confiança	1		1	
	Outro	1,44	0,79-2,60	1,44	0,82-2,54
Carga horária	Mais de 40h	1		1	
	20h a 40h	2,13	1,15-3,92	2,02	1,00-3,20
Cargo anterior na gestão/ administração	Dedicado exclusiva	1,69	0,87-3,30	1,48	0,71-2,55
	Deputado/prefeito/vereador	1		1	
Cargo atual	Outro	1,67	0,46-6,00	1,17	0,50-5,99
	Gestor do executivo	3,42	1,19-9,85	2,37	1,17-8,82
	Secretário da saúde	1,76	0,56-5,50	1,31	0,51-4,69
	Nenhum	3,03	1,03-8,89	1,96	1,11-8,64
Bloco Contextual	Porte populacional				
	<5mil	1			
	5-30 mil	0,60	0,39-1,11	0,63	0,38-1,04
	30-50 mil	0,55	0,24-1,82	0,56	0,21-1,49
	>50 mil	0,53	0,23-1,66	0,54	0,21-1,40
Taxa Equipes de Saúde da Família/1.000hab	<3	1			
	De 3 a 5	0,84	0,46-1,77		
	De 6 a 8	1,06	0,56-2,52		
	>9	1,03	0,51-2,67		
Tipo de Gestão	Somentu-APS	1			
	Parcial da MAC	1,59	0,92-2,73	1,48	0,89-2,46
	Plena do Sistema	1,26	0,54-2,98	1,26	0,56-2,84

Fonte: Autores.

feitos pertencentes a partidos políticos "pró saúde pública" possuíam os melhores indicadores de saúde⁴. Além disso, tal estudo ratificou que o não cumprimento dos princípios do sistema

de saúde brasileiro por formuladores de políticas locais poderiam impactar negativamente na saúde da população, mostrando a importância das decisões. Outro estudo²⁵ abordando decisão po-

Tabela 3. Razões de chance (OR) e intervalo de confiança (IC95%) de priorização da APS por graduação dos gestores municipais ajustado por covariáveis em Regressão Logística Múltipla, Rio Grande do Sul, 2017-2019.

		Modelo Cheio		Modelo Final	
		OR	IC95%	OR	IC95%
Graduação	Nenhuma	1		1	
	Outras áreas não saúde	1,21	0,70-2,07	1,13	
	Outras áreas saúde	1,05	0,49-2,35	1,07	0,69-1,79
	Enf/Med/Odo	2,20	0,98-4,91	2,05	1,00-4,23
Bloco Sociodemográfico					
Sexo	feminino	1			
	Masculino	0,81	0,51-1,29		
Idade	Até 39 anos	1			
	40-49 anos	1,03	0,58-1,82		
	50-59 anos	1,62	0,87-3,01		
	≥60 anos	5,90	1,68-20,62		
Renda	<R\$ 2.500	1			
	R\$ 2.500-5.000	0,88	0,49-1,58		
	R\$ 5.000-7.500	0,89	0,41-1,92		
	>R\$ 7.500	0,93	0,34-2,49		
Bloco Técnico					
Experiência Total	0 a 1 ano	1			
	2 anos ou mais	1,01	0,57-1,78		
Vínculo empregatício	Cargo de confiança	1		1	
	Outro	1,38	0,76-2,49	1,42	0,81-2,50
Carga horária	Mais de 40h	1		1	
	20h a 40h	2,14	1,16-3,95	1,85	1,04-3,29
	Dedicação exclusiva	1,70	0,88-3,31	1,37	0,73-2,58
Cargo anterior na gestão/administração	Deputado/prefeito/vereador	1		1	
	Outro cargo	2,34	0,66-8,22	1,65	0,51-5,29
	Gestor do executivo	3,88	1,36-11,03	2,76	1,06-7,16
	Secretário da saúde	2,21	0,71-6,78	1,72	0,61-4,85
	Nenhum	3,28	1,12-9,53	2,20	0,84-5,71
Cargo atual	Outro	1		1	
	Secretário da saúde	0,93	0,41-2,07	0,94	0,44-2,03
Bloco Contextual					
Porte populacional	<5mil	1		1	
	5-30 mil	0,59	0,34-1,02	0,62	0,37-1,02
	30-50 mil	0,56	0,19-1,61	0,58	0,22-1,52
	>50 mil	0,56	0,19-1,63	0,56	0,22-1,44
Taxa Equipes de Saúde da Família/1.000hab	<3	1			
	De 3 a 5	0,79	0,41-1,55		
	De 6 a 8	1,05	0,49-2,35		
	>9	1,10	0,46-2,66		
Tipo de Gestão	Somente APS	1		1	
	Parcial da MAC	1,65	0,96-2,82	1,56	0,94-2,58
	Plena do Sistema	1,31	0,56-3,06	1,39	0,62-3,11

Fonte: Autores.

lítica e conflito de interesse, relaciona o financiamento de campanha das eleições e o princípio da autonomia, sugerindo que interesses partidários muitas vezes podem prevalecer sobre interesses públicos e coletivos para definição de políticas,

na regulação e no funcionamento do sistema de saúde brasileiro.

Os achados relacionados a priorização de políticas de APS do presente estudo foram similares a estudo prévio⁹ em que os gestores de municí-

Tabela 4. Razões de chance (OR) e intervalo de confiança (IC95%) de priorização da APS por pós-graduação ajustado por covariáveis em Regressão Logística Múltipla, Rio Grande do Sul, 2017-2019.

		Modelo Cheio		Modelo Final	
		OR	IC95%	OR	IC95%
Pós-Graduação	Nenhuma	1			
	Outras áreas	2,10	1,14-3,86	2,10	1,19-3,70
	Saúde Coletiva	3,44	1,91-11,38	3,90	1,72-11,40
Bloco Sociodemográfico					
Sexo	Feminino	1			
	Masculino	0,87	0,54-1,40		
Idade	Até 39 anos	1			
	40-49 anos	0,95	0,54-1,68		
	50-59 anos	1,60	0,86-2,96		
	>60 anos	5,72	1,63-20,01		
Renda	<R\$ 2.500	1			
	R\$ 2.500-3.000	0,89	0,49-1,62		
	R\$ 5.000-7.500	0,79	0,36-1,71		
	>R\$ 7.500	0,86	0,31-2,32		
Bloco Técnico					
Experiência Total	0 a 1 ano	1			
	2 anos ou mais	0,90	0,51-1,59		
Vínculo empregatício	Cargo de confiança	1			
	Outro	1,46	0,81-2,63	1,45	0,82-2,55
Carga horária	Mais de 40h	1			
	20h a 40h	2,13	1,15-3,91	1,80	1,00-3,22
	Dedicação exclusiva	1,70	0,84-3,32	1,35	0,72-2,55
Cargo anterior na gestão/ administração	Deputado/prefeito/vereador	1			
	Outro	17,5	0,48-6,38	1,33	0,37-4,03
	Gestor do executivo	3,52	1,22-10,15	2,41	0,92-6,30
	Secretário de saúde	1,78	0,57-5,55	1,33	0,46-3,81
Cargo atual	Nenhuma	3,10	1,06-9,11	2,00	0,77-5,20
	Outro				
	Secretário de saúde	0,91	0,41-2,03	0,90	0,42-1,95
Bloco Contextual					
Porte populacional	<5mil	1			
	5-30 mil	0,59	0,34-1,02	0,62	0,38-1,03
	30-50 mil	0,57	0,29-1,05	0,58	0,22-1,52
	>50 mil	0,51	0,27-1,52	0,50	0,19-1,30
Taxa Equipes de Saúde da Família/1000hab	<3	1			
	De 3 a 5	0,87	0,44-1,69		
	De 6 a 8	1,10	0,51-2,36		
	>9	1,07	0,44-2,60		
Tipo de Gestão	Somente APS	1			
	Parcial da MAC	1,58	0,92-2,71	1,49	0,90-2,47
	Plena do Sistema	1,29	0,55-3,03	1,28	0,57-2,86

Fonte: Autores.

pios de menor porte tenderiam a priorizar mais a APS. Uma hipótese referente ao porte populacional, que poderia explicar esse ponto seria que o gestor de cidades menores toma decisões somente em relação a APS por possuir gestão plena (governança e planejamento) somente deste nível

de atenção à saúde. Já aquele gestor de município de maior porte pode ter gestão parcial da MAC ou plena do sistema e deve tomar outras decisões referentes a média e alta complexidade, não tendo somente a APS como foco principal. Apesar da existência da Política Nacional para os Hospi

tais de Pequeno Porte²⁰ (para municípios com até 30 mil habitantes), a implantação desse serviço demanda ao município uma cobertura da APS maior de 70% e investimento na contratação de novos profissionais e alta densidade tecnológica para as diversas especialidades. Na realidade, com estruturas físicas insuficientes, esses municípios terminam por encaminhar os usuários para outros municípios da região com hospitais de médio e grande porte (regionalização da saúde).

O presente estudo apresenta pontos fortes e limitações. Um aspecto positivo é o ineditismo da pesquisa, uma vez que são escassos os estudos nesse campo. Em adição, a amostra é ampla e representativa, minimizando vieses de seleção permitindo inferências para o estado e talvez outras regiões similares do Brasil. Para a coleta das variáveis contextuais foram utilizados dados secundários de fontes oficiais. Apesar de limitações na validade de tais dados são instrumentos fundamentais para uma visualização global das políticas em curso²¹. Como o estudo é transversal é importante ter cautela nas interpretações dos achados, pois é difícil estabelecer nexos causais. Ademais, essa pesquisa é sobre a opinião dos respondentes sobre tomada de decisão e APS, e esse parecer pode sofrer influência do contexto político e da pressão da opinião pública e não

necessariamente pelo conhecimento técnico e/ou experiência na gestão da saúde pública.

Conclusão

É inegável a importância da APS na rede de cuidado a saúde da população no que diz respeito a resolatividade, acesso e utilização dos recursos da saúde com melhor custo-benefício à população. Por isso, a priorização desta Política no âmbito do SUS deve ser primordial aos gestores, independente do porte populacional do município e do vínculo partidário no qual o gestor está inserido. Com a descentralização da gestão do SUS, houve um aumento na responsabilidade dos municípios sobre recursos transferidos pela união e estado, o que exige uma gestão municipal cada vez mais eficiente e mais qualificada.

Como as instâncias políticas englobam atores estratégicos para a definição da política de saúde, é fundamental que o critério técnico seja considerado para escolha de um secretário municipal de saúde. Neste sentido, os resultados deste estudo podem fomentar de iniciativas (processos seletivos ou treinamento) que considerem o nível de escolaridade e/ou especialização importantes para esse cargo dentro da administração pública e do SUS.

Colaboradores

VR Aguiar contribuiu na concepção e desenvolvimento do estudo, revisão de literatura, coleta de dados, análise e interpretação dos resultados, e redigiu o manuscrito. FS Cabreira contribuiu na concepção, coleta de dados e revisou criticamente o manuscrito. F Ritter contribuiu na concepção e desenvolvimento do estudo e revisou criticamente a o manuscrito. RK Celeste contribuiu na concepção e desenvolvimento do estudo, revisão de literatura, análise e interpretação dos resultados, e revisou criticamente a o manuscrito.

Agradecimentos

RK Celeste é bolsista PQ2 do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPQ 311592/2019 8).

Referências

1. World Health Organization (WHO). *The world health report 2008: primary health care now more than ever*. Internet. WHO; 2008 [cited 2022 jul 12]. Available from: <http://www.who.int/whr/2008/en/>.
2. Sarfield B, Shi J, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q* 2005; 83(3):457-392.
3. Cabreira FS, Ritter F, Aguiar VR, Celeste RK. Municipal spending on primary health care in Rio Grande do Sul State, Brazil: an ecological study. *Cad Saude Publica* 2018; 34(12):2011.
4. Pinto LF, Mendonça CS, Rejem TCMStB, Stelet B. Hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions (Acsc) between 2009 and 2018 in brazil's federal district as compared with other state capitals. *Cad Saude Coletiv* 2019; 24(6):2105-2114.
5. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde Debate* 2018; 42(n. esp. 1):18-37.
6. Mendonça CS, Leotti B, Dias-da-Costa JS, Harzheim E. Hospitalizations for primary care sensitive conditions: association with socioeconomic status and quality of family health teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy Plan* 2017; 32:1368-1374.
7. Corrêa CI, Celeste RK. Associação entre a cobertura de equipes de saúde bucal na saúde da família e o aumento na produção ambulatorial dos municípios brasileiros, 1999 e 2011. *Cad Saude Publica* 2015; 31(12):2588-2598.
8. Brasil VR, Costa ISD. Hospitalizations owing to ambulatory care sensitive conditions in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil - an ecological study, 2001-2011. *Epidemiol Serv Saude* 2016; 25(1):75-84.
9. Tanaka OY, Tanaka EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Cad Saude Colet* 2012; 17(4):821-828.
10. Castro AIB, Machado CV. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cad Saude Publica* 2010; 26(4):691-702.
11. Pinto JM, Gerhardt TB. Práticas avaliativas na gestão da atenção básica à saúde: Estudo de caso em Camaquã e Canguçu (RS). *Rev Adm Pública* 2013; 47(2):303-326.
12. Dias G, Minardi R, Cotta M, Castro C. Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário contemporâneo. *Physis* 2008; 8(4):705-726.
13. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set.
14. Moreira COT, Dias MSA. Curriculum guidelines for health and alterations in health and education models. *ABCS Heal Sci* 2015; 40(3):300-305.
15. Ramngarsen A, Hugo FN, Alexandre Faeco Bulgarelli, Eligert TB. Curative procedures of oral health and structure: characteristics of primary dental care. *Rev Saude Publica* 2018; 52(35):1-11.
16. Santos NMI, Hugo FN. Training in Family Health and its association with work processes of Primary Care Dentistry Teams. *Cad Saude Colet* 2018; 23(12):4319-4329.

17. Guizardi TL, Stelet B, Pinheiro R, Cecim RB. A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre a interação ensino-trabalho. In: Pinheiro R, Cecim RB, Maltos RA, organizadores. *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: UFRJ/CEPESQ, ABRASCO; 2005. p. 153-177.
18. Arcari JM, Barros APD, Russ RS, Marchi R, Marins AF. Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no sistema único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional, nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. *Cien Saude Colet* 2018; 25(2):407-420.
19. Bueno AS, Celeste RK. Relationship between Professional Training of Dentists and Outpatient Clinical Production. *Braz Oral Res* 2022; 2022:5365363.
20. Medeiros KR, Albuquerque PC, Souza WV. Lei de Responsabilidade Fiscal e as despesas com pessoal da saúde: uma análise da condição dos municípios brasileiros no período de 2004 a 2009. *Cien Saude Colet* 2009; 22(6):1759-1770.
21. Szklo M, Javier Nieto F. *Epidemiology: beyond the basics*. 2nd ed. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett Publishers; 2007.
22. Naloni DME, Ghezzi HSA, Higa FHR, Peres CRFB, Marim MJS. Ensino em saúde: aprendizagem a partir da prática profissional. *Cien Saude Colet* 2019; 24(5):1699-1708.
23. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* 1988; 5 out.
24. Cavalini LT, Leão ACMB. Morbidity and mortality in Brazilian municipalities: A multilevel study of the association between socioeconomic and healthcare indicators. *Int J Epidemiol* 2008; 37(4):775-783.
25. Scheller M, Bahia L. O financiamento de campanhas pelos planos e seguros de saúde nas eleições de 2010. *Saude Debate* 2013; 37:96-103.
26. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 94, de 14 fevereiro de 2005. Regulamenta o fluxo operacional da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. *Diário Oficial da União*; 2005.
27. Barros MBA. A importância dos sistemas de informação e dos inquéritos de base populacional, para avaliações de saúde. *Epidemiol Serv Saude* 2004; 13(1):2003-2004.

Artigo apresentado em 11/02/2022

Aprovado em 06/07/2022

Versão final apresentada em 03/07/2022

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva

ARTIGO 2: Uso da Vigilância em Saúde para Tomada de Decisão na Gestão da Saúde

ARTIGO 3: Percepção de Gestores de Saúde sobre a Utilidade do Controle Social: Fatores Individuais e Contextuais

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O gestor em saúde deve ter o compromisso com a melhoria dos processos de cuidados da população e para isso tem que ter a capacidade gerenciar pessoas através de processos participativos para que a tomada de decisão seja a mais embasada técnica, política e juridicamente. Isso tudo para tentar atingir da melhor forma os objetivos propostos nos Planos Municipais de Saúde e nas Programações Anuais de Saúde. Muitas vezes a dinâmica dos serviços de saúde e o meio externo que circunda toda essa área dificulta essa toda essa organização, refletindo em tomadas de decisões que não atendem às necessidades das pessoas.

Conforme o referencial teórico dessa tese (CHOO, 2003b) é fundamental que os gestores da área da saúde implante um processo de decisão mais sistematizado e estruturado, baseado em regras e procedimentos operacionais compartilhado com todos os colaboradores (Modelo Racional) e, de preferência, discutido com todos atores que fazem parte do espaço de controle social. Além disso o referencial teórico traz que no Modelo Processual (CHOO, 2003b) o processo de tomada de decisão deve ser fundamentado por rotinas de controle para evitar a repetição de problemas e reforço na comunicação entre gestor, trabalhador, prestadores de serviços e o cidadão.

Por isso, ter pessoas preparadas ou promover atividades de educação permanente focada nos indivíduos que irão assumir essas funções é essencial. Também é necessário ter equipes tecnicamente competentes com capacidade de diálogo para que as ações propostas sejam percebidas pelas pessoas, usuários do sistema de saúde. Sem esquecer de saberem avaliar os custos e os impactos através de indicadores definidos nos instrumentos de planejamento.

Por tanto, o planejamento de uma política pública em saúde deve ser entendido como uma construção técnica, política e social. Os resultados desse estudo mostraram que a tomada de decisão deve ser precedida de uma análise de dados do território, deve considerar a existência e a potência do Controle Social para que as políticas sejam aplicáveis e duradouras. O secretário de saúde é uma peça chave para esse mecanismo funcionar de forma adequada, por isso a escolha da pessoa para esse cargo deve ser feita pelo mérito de

sua capacidade técnica (formação na área de saúde coletiva) e não apenas pelo vínculo político-partidário.

No que se refere a APS a escolaridade e especialização do secretário de saúde tiveram influência direta para priorização dessa política em âmbito municipal. Com relação aos Sistemas de Informações em Saúde e Vigilância em Saúde mostrou que um gestor com formação na área da saúde coletiva é fundamental para direcionar a tomada de decisão com foco nas necessidades e na qualidade de vida das pessoas, garantindo resultados factíveis do ponto de vista técnico, viável do ponto de vista político, tendo relação direta com a realidade das pessoas e suas famílias, discutido com todos os atores envolvidos, baseado em evidências científicas e sujeito a avaliação dos órgãos de controle.

Por fim, mais pesquisas ainda devem ser feitas tratando sobre critérios técnicos que devem ser levados em consideração para as tomadas de decisão na gestão em saúde pública. Há lacunas sobre os fatores associados a tomada de decisão que precisam ser sanados e os resultados deste estudo devem ser divulgados em espaços de discussões a níveis de prefeitos, vereadores e deputados para estimular iniciativas que ajudem esses a escolher adequadamente o gestor da pasta da saúde ou que se promova atividades de educação permanente a esses envolvendo o conhecimento de APS, SISs, VS e a importância do Controle Social como instâncias de apoio à gestão.

7. REFERÊNCIAS

- ABBADE, E. B.; BRENNER, F. **PERFIL DE LIDERANÇA E TOMADA DE DECISÃO PROFILE OF LEADERSHIP AND DECISION-MAKING**. Belo Horizonte: [s.n.]. Disponível em: <<http://revista.fumec.br/index.php/facesp/article/view/142>>. Acesso em: 19 jan. 2023.
- ALMEIDA, A. P. S. C. et al. Socioeconomic determinants of access to health services among older adults: a systematic review. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 0, 15 maio 2017.
- ALMEIDA, E. S. DE; CASTRO, C. G. J. DE; VIEIR, C. A. L. **Distritos Sanitários: Concepção e Organização**. São Paulo: [s.n.]. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_cidadania_volume01.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2023.
- ALMEIDA, M. F. DE. O uso de informações em saúde na gestão dos serviços. **Saúde e Sociedade**, v. 4, n. 1–2, p. 39–42, 1995a.
- ALMEIDA, M. F. DE. O uso de informações em saúde na gestão dos serviços. **Saúde e Sociedade**, v. 4, n. 1–2, p. 39–42, 1995b.
- ALMEIDA, P. F. DE et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. Em: AKBARI, A. (Ed.). **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2005.
- ALMEIDA, P. F. DE et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 286–298, fev. 2010.
- ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L. **ESTRATÉGIAS DE COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS: FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E INTEGRAÇÃO ENTRE NÍVEIS ASSISTENCIAIS EM GRANDES CENTROS URBANOS**. Doutorado—Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, maio 2010.
- ALVES, C. C. DE S. **COMPREENSÃO DE GESTORES DE SAÚDE SOBRE A INTELIGÊNCIA EMOCIONAL**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2022.
- ANTMAN, E. M. A Comparison of Results of Meta-analyses of Randomized Control Trials and Recommendations of Clinical Experts. **JAMA**, v. 268, n. 2, p. 240, 8 jul. 1992.
- ARRUDA, C. et al. Health care networks under the light of the complexity theory. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 169–173, 2015.
- ARTMANN, E.; AZEVEDO, C. DA S.; SÁ, M. DE C. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 4, p. 723–740, out. 1997.
- AZEVEDO, C. DA S. Planejamento e gerência no enfoque estratégico-situacional de Carlos Matus. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 8, n. 2, p. 129–133, jun. 1992.

AZEVEDO, V. A. S.; MONKEN, M. **A POLÍTICA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E O CURSO TÉCNICO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DA EPSJV-FIOCRUZ: encontros e desencontros.** Dissertação de Mestrado—Rio de Janeiro: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2022.

BANCO MUNDIAL. **Relatório: Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil.** Brasília: [s.n.]. Disponível em: <https://sisweb.tesouro.gov.br/apex/f?p=2501:9::::9:P9_ID_PUBLICACAO:28265>. Acesso em: 4 fev. 2023.

BARBOSA, G. C. et al. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 1, p. 123–127, fev. 2013.

BARROS, A. K. S. DE L.; ALMEIDA, L. DE S. B. **Participação Social e Conselhos Gestores de Políticas Públicas: uma análise do Conselho Municipal de Saúde de Parnamirim/RN (2020/2021).** Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharelado em Gestão de Políticas Públicas—Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2022.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 884–899, dez. 2011.

BIN, D.; CASTOR, B. V. J. **Racionalidade e Política no Processo Decisório: Estudo sobre Orçamento em uma Organização Estatal.** Brasília: [s.n.]. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/190031235.pdf>>. Acesso em: 31 jan. 2023.

BITENCOURT NETO, E. Transformações do Estado e a Administração Pública no século XXI. **Revista de Investigações Constitucionais**, v. 4, n. 1, p. 207, 16 fev. 2017.

BITTAR, T. O. et al. O Sistema de Informação da Atenção Básica como ferramenta da gestão em saúde. **RFO**, v. 14, n. 1, p. 77–81, 2009a.

BITTAR, T. O. et al. O Sistema de Informação da Atenção Básica como ferramenta da gestão em saúde. **RFO**, v. 14, n. 1, p. 77–81, 2009b.

BRANCO, M. A. F. Sistemas de informação em saúde no nível local. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 12, n. 2, p. 267–270, jun. 1996a.

BRANCO, M. A. F. Sistemas de informação em saúde no nível local. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 12, n. 2, p. 267–270, jun. 1996b.

BRASIL. **LEGISLAÇÃO DO SUS.** Brasília: [s.n.]. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2022.

BRASIL. **Manual de Gestão da Vigilância em Saúde.** [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MTIxNTk%2C>>. Acesso em: 20 jun. 2022.

BRASIL. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Política Nacional de Atenção Básica.** [s.l.] Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL, M. DA S. Incentivo a Participação Popular e Controle Social no SUS. **Núcleo de Estudos em Saúde Pública Univerdiade Federal de Brasília**, p. 38–44, 1998a.

BRASIL, M. DA S. Incentivo a Participação Popular e Controle Social no SUS. **Núcleo de Estudos em Saúde Pública Univerdiade Federal de Brasília**, p. 38–44, 1998b.

BRASIL, M. DA S. **Diretrizes Metodológicas: Diretriz de Avaliação Econômica**. 2. ed. Brasília: [s.n.]. v. 1

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Portaria nº 399/ GM, de 22 de fevereiro de 2006: divulga o Pacto pela Saúde 2006-Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. **Diário Oficial da União**, 22 fev. 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 2011a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 2011b.

BRASIL. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Implantação das redes de atenção à saúde e outras estratégias da SAS**. 1º Edição ed. Brasília: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014.

BRAZIL. DIRETORIA DE INVESTIMENTOS E PROJETOS ESTRATÉGICOS. **Critérios para análise de investimentos em saúde**. [s.l.] Editora MS, 2005. v. 1

BUSANA, J. DE A.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; WENDHAUSEN, Á. L. P. Popular participation in a local health council: limits and potentials. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 24, n. 2, p. 442–449, jun. 2015.

BUSS, P. M. et al. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 4723–4735, 4 dez. 2020.

CAMARA, G. R.; PINHEIRO, T. M. M. **Percepção Social dos Problemas Relacionados com o Uso dos Sistemas de Informação em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde**. São João Del-Rei: [s.n.]. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/299289626_Percepcao_Social_dos_Problemas_Relacionados_com_o_Uso_dos_Sistemas_de_Informacao_em_Saude_do_Trabalhador_no_Sistema_Unico_de_Saude_SUS1>. Acesso em: 14 fev. 2023.

CAMPELLI, M. G. R.; CALVO, M. C. M. O cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 7, p. 1613–1623, jul. 2007.

CAMPOS, R. O. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 3, p. 723–731, set. 2000.

CARÁCIO, F. C. C. et al. A experiência de uma instituição pública na formação do profissional de saúde para atuação em atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7, p. 2133–2142, jul. 2014.

CARVALHO, J. B. C. L. DE. Conselhos gestores de políticas públicas: institucionalidades ofensivas ou espaços de burocratização do “mundo da vida”? **Revista Democracia Digital e Governo Eletrônico**, v. 1, n. 6, 25 jun. 2006.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, p. 161–168, 2005.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. suppl 2, p. 1739–1749, 2018.

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

CECILIO, L. C. DE O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 3, p. 469–478, set. 1997.

CHOI, B. C. K. The Past, Present, and Future of Public Health Surveillance. **Scientifica**, v. 2012, p. 1–26, 2012.

CHOO, C. W. **A organização do conhecimento : como as organizações usam a informação para criar significado, construir conhecimento e tomar decisões**. [s.l.] Senac São Paulo, 2003a. v. 1

CHOO, C. W. **A organização do conhecimento : como as organizações usam a informação para criar significado, construir conhecimento e tomar decisões**. [s.l.] Senac São Paulo, 2003b. v. 1

COELHO NETO, G. C.; CHIORO, A. Afinal, quantos Sistemas de Informação em Saúde de base nacional existem no Brasil? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 7, 19 jul. 2021.

CONILL, E. M. et al. **Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria con otros Niveles de Atención**. Rio de Janeiro: [s.n.]. Disponível em: <http://idisa.org.br/img/File/Documento_Tecnico_APSFinal12set2007.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (BRAZIL). **O SUS de A a Z : Garantindo Saúde nos Municípios**. [s.l.] Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2009.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P. et al. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Em: HARTZ, Z. M. DE A. (Ed.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. v. 1p. 29–47.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 319–328, 2001.

CORRÊA, L. S.; CAROLINE, D.; MOTA, M. **ESTUDO DO PERFIL GERENCIAL DO DECISOR PARA TOMADA DE DECISÃO EM PROJETOS**. [s.l: s.n.].

CUNHA, N. Y. T.; VASCONCELOS, W. R. M. DE; OLIVEIRA-COSTA, M. S. DE. Vigilância sanitária na imprensa brasileira: panorama da cobertura midiática da agência reguladora federal. **Saúde e Sociedade**, v. 31, n. 1, 17 jan. 2022.

CUTLER, D. M.; MCCLELLAN, M. Is Technological Change In Medicine Worth It? **Health Affairs**, v. 20, n. 5, p. 11–29, set. 2001.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. Policies and strategies to promote social equity in health Background document to WHO. **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier**, v. 14, 2007.

DUARTE, C. M. R. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 443–463, 2000.

EDUARDO, M. B. DE P. A INFORMAÇÃO EM SAÚDE NO PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO. **REvista de Administração Pública**, v. 24, n. 4, p. 70–77, 1990.

ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde: Origem e Articulação do Movimento Sanitário**. Rio de Janeiro: [s.n.]. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/qxhc3/pdf/escorel-9788575413616.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2023.

FERNANDES, R. D. **Uma contribuição sobre a construção de indicadores e sua importância para a gestão empresarial**. Curitiba: [s.n.]. Disponível em: <<https://revistafae.fae.edu/revistafae/article/view/430/326>>. Acesso em: 1 fev. 2023.

FERRAZ, L. H. V. DA C. **O SUS, o DATASUS e a informação em saúde: uma proposta de gestão participativa**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP, 7 dez. 2009.

FERREIRA, A. B. DE H. **Novo dicionário eletrônico Aurélio versão 5.0**. [s.l: s.n.].

FERREIRA, J. et al. Avaliação da Estratégia Saúde da Família à luz da tríade de Donabedian. **Avances en Enfermería**, v. 39, n. 1, p. 63–73, 2021.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869–1878, jun. 2015.

FIGUEIREDO, E. B. L. DE et al. Influenciadores da desinformação nas pandemias de gripe espanhola e Covid-19: um estudo documental. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 46, n. 2, 18 jul. 2022.

FINKELMAN, JACOBO.; PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. [s.l.] Editora Fiocruz, 2002.

FONSECA, V. DA. Importância das emoções na aprendizagem: uma abordagem neuropsicopedagógica. **Revista Psicopedagogia**, v. 33, n. 102, p. 365–384, 2016.

GARCIA, Á. L. et al. Índices notícia-morbidade e notícia-morte: relação entre o perfil de morbimortalidade da população e a divulgação midiática no Estado do Espírito Santo, Brasil, 2011-2012. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 21, n. 1, p. 3545, jan. 2019.

GARCIA, R. C. Planejamento e Políticas Públicas. v. 1, n. 1, p. 7–70, jun. 1989.

GARNELO, L.; SAMPAIO, S. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena: problemas e questões na Região Norte do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 311–317, fev. 2003.

GÉRVAS, J.; RICO, A. La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la atención primaria. **SEMERGEN**, v. 31, n. 9, p. 418–423, 2005.

GIGANTE, R. L.; CAMPOS, G. W. DE S. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. 3, p. 747–763, dez. 2016.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 951–963, maio 2006.

GIOVANELLA, L. et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. e00012219, 25 mar. 2019a.

GIOVANELLA, L. et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. e00012219, 25 mar. 2019b.

GOLEMAN, D. **Lidernaça: A Inteligência Emovional na Formação de Líder de Sucesso**. 1. ed. Rio de Janeiro: [s.n.].

GOMES, A. M. **Receitas e Despesas no SUS: uma análise a partir do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde nos municípios do estado do Rio de Janeiro no período de 2011-2018**. Dissertação de Mestrado—Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2 jul. 2020.

GOMES, E. G. M. Conselhos gestores de políticas públicas: aspectos teóricos sobre o potencial de controle social democrático e eficiente. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 13, n. 4, p. 894–909, dez. 2015.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 287–301, ago. 2005.

HABICHT, J. P.; VICTORA, C. G.; VAUGHAN, J. P. **Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact** *International Journal of Epidemiology*. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <[HOLLAND, W. W. **A dubious future for public health?** *J R Soc Med*. \[s.l.: s.n.\]. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/014107680209500405>>. Acesso em: 23 jun. 2022.](https://watermark.silverchair.com/280010.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kKhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAAr0wggK5BgkqhkiG9w0BBwagggKqMIIcPgIBADCCAp8GCSqGSIb3DQEHAATAeBglghkgBZQMEAS4wEQQMVMtIPyD5Pwb2n11TAgEQgIIcCOXc6jWCScXJM6dPp-3gAICRNqnGeHHw0GShtqdMXjmH29gs25f9t8yJZRgjK6fqDj1icl9ZxrUmeQVsKW_anxiU6c_6j_m5dw_0aeFDtpgWxBiO8myPuaczordUaWlFKSNeX6W-KA30fznNhQtAo_xvgMRK1Ru5Xo1qHqN5A9N_sExYee10ddrqOwcZ-JQ48JYQNHDdYdMEEmTttcjyGn4cOkiB2jkkXRbUdjs0t9OS_AcfOtN6kdAg85E3BIAJrFgzMu8rMZ4xIlyoScEGbpQ8PLvz52k7IOi3crl8O4MC11ZNA36UfumyVCIYbj9iuoemHfgplq7sgyu9vPEks65wEWLORXWhoS8DdhpusOO1f06MPKMJuWFhFGj4bS7-ujoRcuqgAw_1s7u8Qy83rbYC41TMQOlupr-c56l_uEvmuDg8rfxygudSFsIGiCC4qqX2L_vRZNw9h3bwG6qKJrfftzb5ahAAqcw6r4IAMGkwvJ0hfZwL61sBhV9Y0aPn1MBMscmix3Wte2dwjWoeBYSVPXa0mISjSVbN-DIJ25ZXByflfTKE66Omdry2F_GvWW2PH2hpoA_ZILQ4EkAcK7GZDYXrvIIh6bCVE2xXcpl271WxZBpWpiWFwzAoElEo6N7RyUcKxoygmxNpSV7P6CfbKqnnnyW-y88WEqYQiwMVJf3G3hMIvtSKk9WcUAFDXAfM5PgwbECAWPxs91sXcbh1pk7KYXUxsoR1nZ8MPW8z29983aOE9Xclz4usifYqOZHA7UqxIXhIKuQWqty4cW1Bv0hiH2IXLrsw08WNpZwx1lItE7GzsDI3YNpmnwSw>. Acesso em: 12 jan. 2023.</p></div><div data-bbox=)

HUERTAS, B. F. **Planificar para Gobernar : El Método PES : Entrevista a Carlos Matus**. 1. ed. Buenos Aires: Fundación CiGob, 2016. v. 1

HULLEY, S. B. et al. Implementando o Estudo: Pré-teste, Controle de Qualidade e Revisões de Protocolo. Em: **Delineando a Pesquisa Clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. v. 1.

IIDA, I. Planejamento estratégico situacional. **Production**, v. 3, n. 2, p. 113–125, dez. 1993.

JUNQUEIRA, F. C.; COUTO, E. DE S. A.; PEREIRA, M. K. DA S. **A Importância da Inteligência Emocional na Atuação de um Líder**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos11/38814405.pdf>>. Acesso em: 1 fev. 2023.

JUNQUEIRA, L. A. P. **NOVAS FORMAS DE GESTÃO NA SAÚDE: DESCENTRALIZAÇÃO E INTERSETORIALIDADE.** São Paulo: [s.n.]. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/sausoc/1997.v6n2/31-46/pt>>. Acesso em: 9 fev. 2023.

KIM, R. P. P.; MIRANDA, V. A. **Democratização das políticas públicas pelos conselhos e tutela dos interesses fundamentais.** Piracicaba: [s.n.]. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/cd/article/view/217/395>>. Acesso em: 7 abr. 2023.

KIRSHENBAUM, M. **Energia Emocional.** 1. ed. [s.l.] Best Seller, 2007.

KLEBA, M. E.; ZAMPIROM, K.; COMERLATTO, D. Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um Conselho Municipal de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 556–567, jun. 2015.

LANGBECKER, A. et al. A cobertura jornalística sobre temas de interesse para a Saúde Coletiva brasileira: uma revisão de literatura. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 4 abr. 2019.

LEÃO, T. M.; DALLARI, S. G. **O poder normativo das Comissões Intergestores Bipartite e a efetividade de suas normas.** *Revista de Direito Sanitário* Universidade de Sao Paulo, , 1 mar. 2016.

LEMOS, R. A. **Conferências Nacionais de Saúde e a construção do Sistema Único de Saúde – SUS: uma revisão** *Rev. APS.* [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15635>>. Acesso em: 30 jan. 2023.

LIBÂNEO, J. C.; PIMENTA, S. G. Formação de profissionais da educação: visão crítica e perspectiva de mudança. **Educação & Sociedade**, v. 20, n. 68, p. 239–277, dez. 1999.

LICHTENBERG, F. R. Are The Benefits Of Newer Drugs Worth Their Cost? Evidence From The 1996 MEPS. **Health Affairs**, v. 20, n. 5, p. 241–251, set. 2001.

LINDBLOM, C. E. **O Processo de Decisão Política.** 1. ed. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 1981. v. 1

LOUSADA, M.; POMIM VALENTIM, M. L. Modelos de tomada de decisão e sua relação com a informação orgânica. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v. 16, n. 1, p. 147–164, mar. 2011.

LUIZ, B. B.; SILVA, MARINEIDE F. DA. **Planejamento Estratégico Situacional- Análise da Aplicação da Metodologia na Administração Pública.** Trabalho de conclusão de curso—Volta Redonda: Universidade Federal Fluminense, 2020.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; MARINHO DE SOUZA, M. D. F. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 60, n. 1, p. 13–19, jan. 2006.

MAGNANI, D. **AS HABILIDADES DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL NO TRABALHO DOS MÉDICOS SERVIDORES PÚBLICOS: UM ESTUDO DE CASO NA SECRETARIA**. Curso de Especialização em Administração Pública Contemporânea—Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2018.

MARQUES, E. C. L. Notas sobre redes, Estado e políticas públicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. suppl 2, p. e00002318, 13 jun. 2019.

MATUS, C. **O Método PES: roteiro de análise teórica**. 1. ed. São Paulo: Fundap, 1997.

MATUS, C. **Adeus, Senhor Presidente: governantes e governados**. 2. ed. São Paulo: Fundap, 2007.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, ago. 2010.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção a Saúde**. Brasília: [s.n.].

MENEZES, A. P. DO R.; MORETTI, B.; REIS, A. A. C. DOS. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe5, p. 58–70, 19 jun. 2019.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. DA S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 170–185, fev. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 3**. Brasília: [s.n.]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html>. Acesso em: 14 fev. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Caderno de Textos VER-SUS Brasil: Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/versus_brasil_vivencias_estagios.pdf#page=150>. Acesso em: 9 fev. 2023.

MORAES, I. H. S. DE; SANTOS, S. R. F. R. DOS. Informação em Saúde: Os Desafios Continuam. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 3, n. 1, p. 37–51, jun. 1998.

MORAES, I. H. S. DE; SANTOS, S. R. F. R. DOS. **Informações para a Gestão do SUS: Necessidades e PerspectivasSUS**. Rio de Janeiro: [s.n.]. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/27171/Gest%C3%A3oSUS.pdf?sequen ce=2&isAllowed=y>>. Acesso em: 31 jan. 2023a.

MORAES, I. H. S. DE; SANTOS, S. R. F. R. DOS. **Informações para a Gestão do SUS: Necessidades e PerspectivasSUS**. Rio de Janeiro: [s.n.]. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/27171/Gest%C3%A3oSUS.pdf?sequen ce=2&isAllowed=y>>. Acesso em: 31 jan. 2023b.

MOREIRA, M. R. et al. **A Democratização nos Conselhos de Saúde**. Rio de Janeiro: [s.n.]. Disponível em: <www.ensp.fiocruz.br/participanetsus>.

MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 795–806, jun. 2009.

MOTTA, F. C. P. **Teoria das Organizações: Evolução e Crítica**. 2. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.

NAKATA, L. C. et al. Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 2, 24 jan. 2020.

NEVES, C. A. B. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1953–1955, ago. 2008.

NICOLETTO, S. C. S. et al. Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 4, p. 1094–1105, dez. 2013.

NOVAES, H. M. D. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. suppl 2, p. S147–S157, 2004.

NUNES, B. M.; MENDONÇA, A. L. DE O.; MATTOS, R. A. **Seguindo os fios que tecem as redes com Eugênio Vilaça Mendes e Luiz Carlos de Oliveira Cecilio**. Dissertação de Mestrado—Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2021.

OLIVEIRA, D. L. DE. A “nova” saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 423–431, jun. 2005.

OLIVEIRA, D. DE; SANTOS, M. **ESTUDO SOBRE O PERFIL DOS GESTORES DA COORDENAÇÃO-GERAL DE GESTÃO DE PESSOAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE: O USO DA METODOLOGIA MULTICRITÉRIO DE APOIO À DECISÃO CONSTRUTIVISTA (MCDA-C) COMO INSTRUMENTO DE APOIO À GESTÃO**. Dissertação de Mestrado—Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2022.

OLIVEIRA, L. C. DE; PINHEIRO, R. **A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/v15n5/v15n5a20.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2023.

OMS, O. M. DA S.; OPAS, O. P. DE S. **Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/UHC-consultas-CD53-Spanish-2014.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde: Financiamento dos Sistemas de Saúde, o caminho para a cobertura universal**. Lisboa: [s.n.]. Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44371/9789899717848_por.pdf?sequence=33&isAllowed=y>. Acesso em: 9 fev. 2023.

PAIM, J. S. **Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI**. Salvador: [s.n.]. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/ptky6/pdf/paim-9788523211776.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2023.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. **Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte**. Salvador: [s.n.]. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/T59CdBgDQyGf3hqLpZCjyks/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 19 jan. 2023a.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. **Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte Policy, planning and health management: the current understanding RESUMO**. Salvador: [s.n.]. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/T59CdBgDQyGf3hqLpZCjyks/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 19 jan. 2023b.

PASCHE, D. F. **Interface: Comunicação, saúde, educação**. [s.l.] Fundação UNI, 2009. v. 13

PEDROSA, J. I. DOS S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 303–311, jun. 2001.

PFEFFER, J.; MOORE, W. L. Power in University Budgeting: A Replication and Extension. **Administrative Science Quarterly**, v. 25, n. 4, p. 637, dez. 1980.

PINAFO, E.; CARVALHO, B. G.; NUNES, E. DE F. P. DE A. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1511–1524, maio 2016.

PINTO, I. C.; ALMEIDA, M. C. P. DE. **Os sistemas públicos de informação em saúde na tomada de decisão-rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto-SP**. Tese de Doutorado—Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2000.

PIOLA, S. F.; FRANÇA, J. R. M. DE; NUNES, A. Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 411–422, fev. 2016.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. 1. ed. Porto Alegre: Bookman Companhia Editora, 2007.

RECKTENWALDT, M.; JUNGES, J. R. A organização e a prática da Vigilância em Saúde em municípios de pequeno porte. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 367–381, jun. 2017.

REIS, A. A. C. DOS et al. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. **Saúde em Debate**, v. 40, n. spe, p. 122–135, dez. 2016.

REZENDE, D. A.; GUAGLIARDI, J. A. **Sistemas de Informação e de Conhecimentos para contribuir na gestão municipal**. [s.l.: s.n.]. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/profile/Denis-Rezende/publication/277205223_Sistemas_de_Informacao_e_de_Conhecimentos_para_contribuir_na_gestao_municipal/links/568bc9ec08ae129fb5cb8339/Sistemas-de-Informacao-e-de-Conhecimentos-para-contribuir-na-gestao-municipal.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2023.

RIEG, D. L.; ARAÚJO FILHO, T. DE. O USO DAS METODOLOGIAS “PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL” E “MAPEAMENTO COGNITIVO” EM UMA SITUAÇÃO CONCRETA: O CASO DA PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO DA UFSCar. **Gestão & Produção**, v. 9, n. 2, p. 163–179, ago. 2002.

RIVERA, F. J. U. O planejamento situacional: Uma análise reconstrutiva. Em: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2008. v. 1p. 41–92.

ROS, C. DA et al. PRIMARY HEALTH CARE: THE COORDINATOR OF THE CARE INTEGRATION IN THE EMERGENCY AND URGENCY NETWORK. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, v. 22, 2018.

SALOMÃO, V. C. A. **Análise do perfil sócio-demográfico, formação profissional e conhecimento do cargo dos Coordenadores Regionais da Atenção Básica da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), 2010.

SANTOS, L. A. DOS; TORRES, A. E.; FERREIRA, G. M. F. PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO: INSTRUMENTO TRANSFORMADOR DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE. **R. Laborativa**, v. 8, n. 1, p. 57–81, 2019.

SANTOS, F. DE A. DA S. et al. A regionalização e financiamento da saúde: um estudo de caso. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 402–408, dez. 2015.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. DE; GOMES, R. DA S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. suppl 1, p. 603–613, 2009.

SANTOS, L. S. **A TENSÃO ENTRE A RACIONALIDADE SUBSTANTIVA E A RACIONALIDADE INSTRUMENTAL NA GESTÃO PÚBLICA: NOVOS CAMINHOS DE UM CAMPO DE ESTUDO**. Dissertação—Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

SANTOS-NETO, J. A. DOS et al. Avaliação da eficiência técnica em saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 10, p. 3793–3803, 26 out. 2019.

SAÚDE, M. DA. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**. Série F ed. Brasília: Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde., 2010. v. 13

SEMIDÃO, R. A. M. **DADOS, INFORMAÇÃO E CONHECIMENTO ENQUANTO ELEMENTOS DE COMPREENSÃO DO UNIVERSO CONCEITUAL DA CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO: CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS**. Dissertação de Mestrado —Marília: Universidade Estadual de Marília, 2014.

SENN, M. DE C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. suppl, p. S203–S211, 2002.

SETZER, V. W. Dado, Informação, Conhecimento e Competência. **Revista de Ciência da Informação**, p. 1–11, 1999.

SILVA, A. L. A. **PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE E GESTÃO EM SAÚDE: CARTOGRAFIAS DA GERÊNCIA**. Campinas: [s.n.]. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/9776/Ana%20L%c3%bacia%20Abrah%c3%a3o%20da%20Silva_Tese.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 7 fev. 2023.

SILVA, M. J. M. R. DA. **A INTELIGÊNCIA EMOCIONAL COMO FACTOR DETERMINANTE NAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS**. [s.l.] Universidade Aberta, 2010.

SILVA, L. K. Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 501–520, 2003.

SIMON, H. A. Making Management Decisions: The Role of Intuition and Emotion. **The Academy of Management Executive**, v. 1, n. 1, p. 57–64, 1987.

SOLINO, A. DA S.; EL-AOUAR, W. A. **O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÕES ESTRATÉGICAS: ENTRE A INTUIÇÃO E A RACIONALIDADE**. São Paulo: [s.n.]. Disponível em: <https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/36897762/ENTRE_A_INTUICAO_E_A_RACIONALIDADE-libre.pdf?1425815370=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DO_PROCESSO_DE_TOMADA_DE_DECISoes ESTRATE.pd f&Expires=1674247973&Signature=Py27E5KH31xjeqiMIFcd64CdjTm9Sy5YLwXVLcL~GUZ-PAO3hcDLBOD1hKXla6bzYkQJLCh4MoEYHoXbfEXrsvBQC-VDO6lh-BY3cNXqa2FeE9ibTGiVsiktPtu16W95Y1yLEa3Glom-JY80InZ4UmLT4fAbQqZOvrild3LlqIX25iO2eGwc1iYjcShi8rFzg94EkcltmvaPjcSnDFrXK6PsVtU2D5Es9vrH5VOWMbw3sLmOApAWKckPrKOTyQ0hD5WIXRNVtRb0ZWmJU0X9LX7Q6~0Pn95dqFuvYAq4moxzElq4iO2b-ShL4VbNYCM9Iij~RbF9e7a18aDQY~cRg__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA>. Acesso em: 19 jan. 2023.

SØRENSEN, E.; TORFING, J. Co-initiation of Collaborative Innovation in Urban Spaces. **Urban Affairs Review**, v. 54, n. 2, p. 388–418, 1 mar. 2018.

SOUZA, G. S.; COSTA, E. A. Considerações teóricas e conceituais acerca do trabalho em vigilância sanitária, campo específico do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. suppl 3, p. 3329–3340, nov. 2010.

SOUZA, L. A. DE P.; MENDES, V. L. F. **Interface: Comunicacao, saude, educacao**. [s.l.] Fundacao UNI, 2009. v. 13

STACHENKO, S. Challenges and opportunities for surveillance data to inform public health policy on chronic non-communicable diseases- Canadian perspectives. **Public Health**, v. 122, p. 1038–1041, 2008.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 821–828, abr. 2012.

TATAGIBA, L. **Reseña de “Democracia e participação : os conselhos gestores do Paraná” de mario Fuks, Renato Monseff Perissinotto y Nelson Rosário de Souza (orgs.)**. Curitiba: [s.n.]. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=23802517>>. Acesso em: 7 abr. 2023.

TEIXEIRA, C. et al. **PLANEJAMENTO & GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE**. São Paulo: [s.n.]. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/M/2004/Teixeira_Planejamento_gestao.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2023a.

TEIXEIRA, C. et al. **Informação para Tomadores de Decisão em Saúde Pública**. São Paulo: [s.n.]. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/M/2004/Teixeira_Planejamento_gestao.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2023b.

TEIXEIRA, C. F. et al. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 1. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1993.

TOASSI, R. F. C. et al. Currículo integrado no ensino de Odontologia: novos sentidos para a formação na área da saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 41, p. 529–544, 19 abr. 2012.

TOMA, T. S. et al. **Avaliação de Tecnologias de Saúde & Políticas Informadas por Evidências**. São Paulo: Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2017. v. 1

TOMASI, E. et al. Perfil de utilização de serviços de saúde por crianças de zona urbana no Brasil: estudo transversal de base nacional. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 15, n. 1, p. 81–90, mar. 2015.

TÓTORA, S. A questão democrática em Florestan Fernandes. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n. 48, p. 109–126, dez. 1999.

VASCONCELLOS, M. DA P. C. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 2, n. 1, p. 121–122, 1993.

VELOSO, J.; JUNIOR, S. **O papel da CIB/MG no processo de regionalização do SUS em Minas Gerais**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2010.

WALDMAN, E. A.; ROSA, T. E. DA C. **Vigilância em Saúde Pública**. São Paulo: [s.n.]. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_cidadania_volume07.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2022.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P. DE; CAMPOS, K. F. C. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: [s.n.]. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3914.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2023.

XIMENES NETO, F. R. G.; SAMPAIO, J. J. C. Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 6, p. 687–695, dez. 2007.

Apêndice

Apêndice I: Questionário aos Gestores

07/07/2020 FormSus



Formulário fora do período de validade!

Data Inicial: 14/01/2017
Data Final: 10/01/2020

Em caso de dúvida entre em contato com:

Nome: Violeta Rodrigues Aguiar
Email: violetaaguiar@gmail.com
Telefone: (51) 9810-59405

Pesquisa: Tomada de Decisão em Políticas Públicas de Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos a participar do estudo “**A Tomada de Decisão em Políticas Públicas de Saúde**” que tem como objetivo estudar o perfil dos gestores públicos de saúde dos municípios do Estado do Rio Grande do Sul (RS) e fatores relacionados ao processo de tomada de decisão em relação às políticas públicas. Esta pesquisa está sendo realizada por professores e pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sendo seus participantes os secretários municipais de saúde do RS. O instrumento é composto por quatro BLOCOS referentes: ao perfil do gestor, a formação e experiência profissional do gestor, a visão sobre o sistema e a tomada de decisão, totalizando 44 questões. O tempo médio aproximado para responder é de 30 minutos. O conhecimento produzido a partir deste estudo será apresentado no COSEMS e em artigos científicos. Fica ainda assegurado o direito ao sigilo de todas as informações coletadas, não sendo permitido acesso por outra pessoa que não o próprio participante ou responsável. Toda e qualquer dúvida no decorrer do estudo poderá ser esclarecida pelos envolvidos nesta pesquisa através dos telefones, (51)985250214 Fernando Ritter, (55)984732972 Fabiana da Silva Cabreira, (51)994440048 Roger Keller Celeste e (51)981059405 Violeta Rodrigues Aguiar. Os pesquisadores, estarão sempre à disposição para esclarecimentos. Possíveis problemas podem ser reportados diretamente ao Comitê de Ética Central da UFRGS (51) 3308.3629.

Para participar do estudo leia a declaração abaixo e assinale a alternativa para ter acesso ao instrumento de pesquisa:

formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php

Eu declaro que fui informado pessoalmente dos objetivos desta pesquisa, bem como sei dos meus direitos e dos deveres dos pesquisadores.

E aceito participar da pesquisa via preenchimento deste formulário digital.

BLOCO 1 - PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO DO GESTOR

1. Em que município você é gestor?

2. Qual é sua data de nascimento?(dd/mm/aaaa):

3. Qual seu sexo?

Masculino

Feminino

4. De acordo com as categorias abaixo, qual é a sua cor ou raça?

Branca

Parda

Preta

Amarela

Indígena

Não quero informar

5. Assinale todos os NÍVEIS EDUCACIONAIS concluídos e as respectivas INSTITUIÇÕES:

Ensino Fundamental completo ou equivalente (1º Grau até 8ª série, ou supletivo)

Conclui em instituição pública

Conclui em instituição privada

Não condui

Ensino Médio completo ou equivalente (2º grau até 3ª série, ou supletivo):

Conclui em instituição pública

Conclui em instituição privada

Não condui

Ensino Superior de graduação (Universidade) completo:

Conclui em instituição pública

Conclui em instituição privada

Não condui

Qual curso?

Pós-graduação: Especialização:

- Conclui em instituição pública
- Conclui em instituição privada
- Não conclui

Qual curso?**Pós-graduação: Mestrado completo:**

- Conclui em instituição pública
- Conclui em instituição privada
- Não conclui

Qual curso?**Pós-graduação: Doutorado completo:**

- Conclui em instituição pública
- Conclui em instituição privada
- Não conclui

Qual curso?**6. Qual o nível educacional de sua MÃE?**

- Ensino Fundamental ou classe de alfabetização incompleto
- Ensino Fundamental ou equivalente (1º Grau até 8ª série, ou supletivo) completo
- Ensino Médio ou equivalente (2º grau até 3ª série, ou supletivo) incompleto
- Ensino Médio ou equivalente (2º grau até 3ª série, ou supletivo) completo
- Ensino Superior de graduação (Universidade) incompleto
- Ensino Superior de graduação (Universidade) completo
- Pós-graduação

7. Qual o nível educacional de seu PAI?

- Ensino Fundamental ou classe de alfabetização incompleto
- Ensino Fundamental ou equivalente (1º Grau até 8ª série, ou supletivo) completo
- Ensino Médio ou equivalente (2º grau até 3ª série, ou supletivo) incompleto
- Ensino Médio ou equivalente (2º grau até 3ª série, ou supletivo) completo
- Ensino Superior de graduação (Universidade) incompleto
- Ensino Superior de graduação (Universidade) completo
- Pós-graduação

8. Quantas pessoas residem na sua casa contando com você?

- Resido sozinho
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

9. Renda líquida Pessoa 1:

Qual a renda líquida de cada pessoa que mora em sua casa contando salários, consultorias, aluguéis, aposentadorias, pro-labore, etc e descontando os impostos e outras despesas legais?

Renda líquida Pessoa 2:**Renda líquida Pessoa 3:****Renda líquida Pessoa 4:****Renda líquida Pessoa 5:****Renda líquida Pessoa 6:****10. Você pratica alguma religião?**

- NÃO
- SIM

Qual?

11. Você é vinculado a algum partido político?

- NÃO
- SIM

Qual?

Qual?

12. Algum médico ou profissional de saúde já disse que você tem alguma(s) das doenças crônicas listadas abaixo?

Qual?

13. Onde foi a última vez que você utilizou atendimento médico?

- Serviço público
- Serviço particular
- Plano de Saúde/Convênios
- Outro

14. Onde foi a última vez que você utilizou atendimento odontológico:

- Serviço público
- Serviço particular
- Plano de Saúde/Convênios
- Outro

15. Com que frequência você acessa algum serviço de saúde em geral?

- Somente quando tenho urgência
- Pelo menos uma vez ao ano
- Pelo menos uma vez a cada 2 anos
- Em intervalos maiores de 3 anos

BLOCO 2 – FORMAÇÃO E EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL DO GESTOR

16. Qual o atual cargo/função de gestão que você exerce no município?

17. Qual a forma de contratação do seu atual cargo/função de gestão?

- Estatutário
- Celetista
- Cargo em Comissão (CC)
- Cedido (de outros órgãos governamentais)
- Outra

Qual?

18. Quantas horas de trabalho semanais são contratualizadas no seu atual cargo/função de gestão ?

Assinale a quantidade mais aproximada

- 20 horas
- 30 horas
- 40 horas

- Mais de 40 horas
 Dedicção Exclusiva

19. Quando começou a trabalhar nesta Instituição em que atualmente exerce o cargo/função de gestão (dd/mm/aaaa) ?

Data aproximada

20. E em que data assumiu o atual cargo de gestão (dd/mm/aaaa)?

21. Já esteve em algum outro cargo de administração/gestão antes?

- NÃO
 SIM

Qual(is)?

22. Você realizou, nos últimos 3 anos, algum curso/congresso (excluindo pós-graduação lato/stricto sensu) ?

- Sim, na área de gestão/administração.
 Sim, na área de saúde pública.
 Sim, em outras áreas.
 Não

Qual(is)?

23. Você leu algum artigo científico nos últimos três anos?

- Não
 Sim

Para qual finalidade?

Qual o nome do artigo?

BLOCO 3 - VISÃO DO GESTOR SOBRE O SISTEMA

Nas próximas questões NÃO HÁ resposta correta ou errada, gostaríamos de saber sua opinião sobre o sistema de saúde público municipal no qual você é gestor

24. Na sua opinião /visão, qual deveria ser a porta preferencial de entrada do usuário na rede de atenção a saúde? Assinale a alternativa mais adequada.

- Atenção Básica/Primária

- Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou similar
- Atenção de Média complexidade ou Secundária
- Atenção Alta complexidade (hospitais) ou Terciária
- Não há porta preferencial

25. Na sua opinião/visão, a gestão, de um modo geral, estimula e/ou oportuniza capacitações/formações suficientes para os profissionais da rede? Assinale a alternativa mais adequada.

- Sempre
- Quase sempre
- Às vezes
- Quase nunca
- Nunca
- Não lembro/Não sei

26. Na sua opinião/visão, qual(ais) nível(eis) de rede de atenção à saúde, disponibilizado (s) pelo seu município, está(ão) adequada(s) as necessidades da população? Assinale uma ou mais alternativas.

- Atenção Básica/Primária
- Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou similar
- Atenção de Média complexidade ou Secundária
- Atenção Alta complexidade (hospitais) ou Terciária
- Nenhum

27. Na sua opinião/visão, as decisões relacionadas com o atendimento clínico dos pacientes nas Unidades de Saúde deveriam ser tomadas preferentemente com qual fonte de informação ?

Assinale uma opção

- Experiência profissional
- Baseada em evidências
- Protocolos clínicos
- Normativas e/ou Notas Técnicas
- Outro

Qual?

28. Na sua opinião/visão, se tivesse disponível uma quantidade adicional de recurso financeiro para realizar qualquer investimento na saúde, considerando a realidade do seu município, qual a sua prioridade?

Numere com 1 a de maior prioridade , 2 e 3 prioridade intermediária e com 4 a de menor. NÃO MARQUE O MESMO NÚMERO MAIS DE UMA VEZ

	1	2	3	4
Unidades de Atenção Básica/Primária:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou similar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Unidades de Atenção Média/Secundária (especializada):

Unidade de Alta Complexidade (hospital):

**29. Na sua opinião/visão como deve ser organizada as ações prestadas pelos serviços de saúde?
Assinale a alternativa mais adequada:**

- Todos serviços devem abranger ações de prevenção, promoção e tratamento a saúde no âmbito individual e coletivo.
- Somente os serviços de Atenção Básica devem abranger ações de prevenção, promoção e tratamento a saúde no âmbito individual e coletivo.
- Não existe decisão sobre essa organização.
- Não estou informado.

30. Na sua opinião/visão o quanto é útil para a gestão consultar ao Conselho Municipal de Saúde para tomada de decisão?

- Sempre
- Quase sempre
- Às vezes
- Quase nunca
- Nunca
- Não sei/Não lembro

31. Na sua opinião/visão o quanto é útil o uso de dados epidemiológicos da situação de saúde para tomada de decisão?

- Sempre
- Quase sempre
- Às vezes
- Quase nunca
- Nunca
- Não lembro/Não sei

32. Na sua opinião/visão há utilidade da constituição de espaços de discussão entre diferentes profissionais como dispositivo para qualificar a atenção a saúde prestada a população? Assinale a alternativa mais adequada.

- Sempre
- Quase sempre
- Às vezes
- Quase Nunca
- Nuca
- Não lembro/Não sei

BLOCO 4- TOMADA DE DECISÃO

Nas questões abaixo NÃO HÁ resposta certa ou errada, precisamos saber as decisões tomadas no seu município.

Não é uma avaliação da sua gestão.

No contexto das próximas perguntas, "decisão" deve ser entendida como uma resolução ou determinação que se toma relativamente a algo, ou seja, consiste em realizar escolhas entre diversas alternativas.

33. Existe alguma decisão quanto a necessidade de abertura de alguns serviços da rede de atenção a saúde nos sábados e/ou domingos?

- Não existe essa decisão
- Sim, existe a decisão de abrir
- Sim, existe a decisão de não abrir

Quais unidades ficam abertas nos sábados e/ou domingos?

- Unidades de Atenção Básica/Primária
- Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou similar
- Unidades de Atenção Média/Secundária (especializada)
- Unidade de Alta Complexidade (hospital)

34. Existe alguma decisão quanto a prioridade de investimento como gestor de saúde?

Numere com 1 a de maior prioridade, 2 e 3 prioridade intermediária e com 4 a de menor. NÃO MARQUE O MESMO NÚMERO MAIS DE UMA VEZ

	1	2	3	4
Manutenção da estrutura física:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantitativo de recursos humanos :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abastecimento das unidades de saúde de insumos :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abastecimento das unidades de saúde de material permanente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Existe alguma decisão quanto ao horário de funcionamento das unidades? Assinale a alternativa mais adequada.

	Sim, em sua maioria, elas funcionam das 7 ou 8 horas até as 17 ou 18 horas.	Sim, em sua maioria, elas funcionam das 7 ou 8 horas até às 20 horas.	Sim, em sua maioria, elas funcionam das 7 ou 8 horas até às 22 horas.	Sim, em sua maioria, elas funcionam das 7 ou 8 horas até as 24 horas por dia.	Não, não existe unidade tem seu horário.	Não temos esse tipo de serviço no município.
Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pronto Atendimento (UPA) ou similar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atenção Média/Secundária (especializada):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alta						

Complexidade
(hospital):

36. Existe alguma decisão quanto a facilidade de acesso para grupo(s) específico(s)? Assinale a(s) alternativa(s) mais adequada(s).

- Sim para idosos
- Sim, para pacientes com necessidades especiais
- Sim, para população negra, indígenas, quilombolas ou outras etnias
- Sim, para população em situação de Rua
- Sim, para as gestantes.
- Sim, para recém nascidos
- Sim, de acordo com local de residência, vulnerabilidade social
- Não lembro/Não sei
- Não, não existe decisão
- Outro

Qual?

37. Existe alguma decisão com relação ao limite de tempo de espera para atendimento nos serviços? Assinale a(s) alternativa(s) mais adequada(s).

- Sim, nas Unidades de Atenção Básica/Primária
- Sim, nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou similar
- Sim, nas Unidades de Atenção Média/Secundária (especializada)
- Sim, nas Unidade de Alta Complexidade (hospital)
- Não, não existe decisão, cada unidade organiza o seu tempo de espera

38. Existe alguma decisão com relação aos serviços de saúde realizarem visitas domiciliares para o acompanhamento das pessoas ou famílias? Assinale a alternativa mais adequada.

- Sim, para todos os serviços de saúde em todas as complexidades.
- Sim, em todas as Unidades de Atenção Básica/Primária.
- Sim, mas apenas as Unidades de Atenção Básica com Saúde da Família.
- Não, não existe decisão.
- Não estou informado.

Se desejar, fale sobre essa decisão:

39. Existe alguma decisão com relação ao cumprimento de metas para os profissionais que atuam nos serviços de saúde do município? Assinale a alternativa mais adequada.

- Sim, todos serviços de saúde.

Se desejar, fale sobre essa decisão:

43. Existe alguma decisão quanto a implantação dos instrumentos de integração e qualificação da rede de atenção à saúde abaixo:

	Sim, e foi realizada implantação total	Sim, e foi realizada implantação parcial	Sim, mas não foi implantado ainda	Não existe decisão a respeito	Não sei/Não lembro
Protocolos clínicos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prontuário eletrônico :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Central de regulação de consultas ou exames especializados:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistemas de Informação em Saúde e Monitoramento:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espaços de diálogo e discussão entre os serviços: (Rodas de Conversa, Consultorias, Teleconsultorias, Educação Permanente em Saúde, etc).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Existe alguma decisão para que criação de novas políticas/programas de saúde para o município sejam tomadas com base em alguma fonte de informação? Assinale UMA alternativa:

- Sim, com base na Experiência profissional
- Sim, com base nos Protocolos clínicos
- Sim, com base nas Normativas e/ou Notas técnicas
- Sim, com base na Política de governo
- Sim, com base em evidências científicas
- Sim, com base em Outra fonte
- Não seguimos nenhuma fonte de informação

Qual?

Se desejar, fale sobre essa decisão:

Por gentileza, escreva seu nome e telefone(ou e-mail) no espaço abaixo, desde já agradecemos.
Podemos ter necessidade de entrar em contato com você novamente

Apêndice II: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos a participar do estudo “**A Tomada de Decisão em Políticas Públicas de Saúde**” que tem como objetivo estudar o perfil dos gestores públicos de saúde dos municípios do Estado do Rio Grande do Sul (RS) e fatores relacionados ao processo de tomada de decisão em relação às políticas públicas. Esta pesquisa está sendo realizada por professores e pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sendo seus participantes os secretários municipais de saúde do RS. O instrumento é composto por quatro BLOCOS referentes: ao perfil do gestor, a formação e experiência profissional do gestor, a visão sobre o sistema e a tomada de decisão, totalizando 47 questões. O tempo médio aproximado para responder é de 20 minutos. O conhecimento produzido a partir deste estudo será apresentado no COSEMS e em artigos científicos. Fica ainda assegurado o direito ao sigilo de todas as informações coletadas, não sendo permitido acesso por outra pessoa que não o próprio participante ou responsável. Toda e qualquer dúvida no decorrer do estudo poderá ser esclarecida pelos envolvidos nesta pesquisa através dos telefones, (51) 985250214 Fernando Ritter, (55) 984732972 Fabiana da Silva Cabreira, e (51) 981059405 Violeta Rodrigues Aguiar. Os pesquisadores, estarão sempre à disposição para esclarecimentos. Possíveis problemas podem ser reportados diretamente ao Comitê de Ética Central da UFRGS (51) 3308.3629.

Para participar do estudo leia a declaração abaixo e assinale a alternativa para ter acesso ao instrumento de pesquisa:

Eu, _____ (participante), declaro que fui informado pessoalmente dos objetivos desta pesquisa, bem como sei dos meus direitos e dos deveres dos pesquisadores. Declaro, ainda, que aceito participar da pesquisa via preenchimento deste formulário digital.

Porto Alegre, ____ de _____ de 201__.

Participante/RG: _____

Apêndice III: Comprovante de Aprovação no Comitê de Ética

	UFRGS - PRÓ-REITORIA DE PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO	
COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa:	A TOMADA DE DECISAO EM POLITICAS PUBLICAS DE SAUDE	
Pesquisador:	Roger Keller Celeste	
Versão:	1	
CAAE:	68968317.0.0000.5347	
Instituição Proponente:	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL	
DADOS DO COMPROVANTE		
Número do Comprovante:	056558/2017	
Patrocinador Principal:	Financiamento Próprio	
<p>Informamos que o projeto A TOMADA DE DECISAO EM POLITICAS PUBLICAS DE SAUDE que tem como pesquisador responsável Roger Keller Celeste, foi recebido para análise ética no CEP UFRGS - Pró-Reitoria de Pesquisas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul / PROPESQ da UFRGS em 29/05/2017 às 14:53.</p>		
Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro		
Bairro: Farcopilha CEP: 90.040-000		
UF: RS Município: PORTO ALEGRE		
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br		



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A TOMADA DE DECISÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Pesquisador: Roger Keller Celeste

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68968317.0.0000.5347

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.153.577

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Projeto de Pesquisa, coordenado pelo Prof. Dr. Roger Keller Celeste, com a participação de três doutorandos do PPGODO/UFRGS, na linha de pesquisa: EPIDEMIOLOGIA, ETIOPATOGENIA E REPERCUSSÃO DAS DOENÇAS DA CAVIDADE BUCAL E ESTRUTURAS ANEXAS.

O processo de tomada de decisão mostra-se complexo para os gestores de saúde, mas é primordial no planejamento e desenvolvimento das políticas públicas de saúde.

O projeto pretende avaliar o perfil dos gestores públicos de saúde dos municípios do estado do Rio Grande do Sul e analisar os fatores relacionados ao processo de tomada de decisão em relação às políticas públicas de saúde.

Será realizado estudo seccional no ano de 2017 através da aplicação de um questionário via FormSUS aos 497 secretários municipais de saúde do Rio Grande do Sul.

As variáveis explicativas do gestor municipal serão extraídas do próprio questionário. Este é composto por 46 perguntas divididas em 4 blocos: perfil do gestor, formação e experiência profissional do



Continuação do Parecer: 2.153.577

gestor, visão do

gestor sobre o sistema e tomada de decisão.

Os dados serão coletados através de questionário eletrônico via FormSUS e os dados extraídos em planilha Excel.

A análise quantitativa dos dados coletados será feita através do software R.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Estudar e descrever o perfil dos gestores públicos de saúde dos municípios do estado do Rio Grande do Sul.

Objetivo Secundário:

- Analisar os fatores relacionados ao processo de tomada de decisão em relação às políticas públicas de saúde.
- Verificar a associação entre formação e experiência profissional com a tomada de decisão de políticas de saúde pública.
- Descrever políticas municipais nas dimensões de acesso aos serviços de saúde, universalidade, equidade, integralidade.
- Avaliar a associação de características sociodemográficas municipais e perfil dos gestores com a opção por políticas de Atenção Primária em Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

o estudo não terá nenhuma intervenção, dessa forma apresenta risco mínimo (tanto físico/biológico, como psicológico ou mesmo financeiro) ao respondente do questionário, referente apenas ao uso das informações fornecidas que serão mantidas em sigilo. O gestor será convidado a participar, a pesquisa não será compulsória.

Benefícios:

Os benefícios para o respondente serão uma apresentação dos resultados aos gestores no

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propeq.ufrgs.br



Continuação do Parecer 2.153.577

CONASEMS-RS, uma vez que os respondentes são gestores e se beneficiarão da pesquisa

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa apresenta os elementos necessários para sua realização. Possui mérito científico e trata-se de temática importante para a área de gestão em saúde.

Os autores justificam a decisão de realizar um estudo censitário, sem critérios de exclusão dos sujeitos participantes (497 secretários municipais de saúde). Indicam que a "confiabilidade das informações" será obtida através dos seguintes procedimentos:

Transcorrido de 7 a 14 dias da devolutiva do questionário por meio de correio eletrônico serão sorteados de forma aleatória 10% dos respondentes para receberem o questionário e responderem novamente o bloco "a)". Esse procedimento de reamostragem será feito até que se obtenha ao menos 80% de resposta do total de municípios. Os dados obtidos na primeira coleta e na coleta de controle serão analisados do ponto de vista da confiabilidade utilizando o índice Kappa para variáveis categóricas e o Coeficiente de Correlação Intra-classe para variáveis contínuas. Neste aspecto questões que requerem memória do entrevistado espera-se encontrar maior inconformidade. O questionário deverá ser respondido pela mesma pessoa em ambas as vezes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados:

- folha de rosto devidamente assinada;
- TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Na versão do projeto enviada em 24/06/2017, as pendências inicialmente indicadas foram resolvidas:



Continuação do Parecer: 2.153.577

1) Não foi informado no projeto quem será o responsável pelas despesas previstas (R\$ 5.760,00).

Resposta: Após o quadro "6 ORÇAMENTO" foi acrescentada a frase "Os gastos descritos acima serão de responsabilidade dos pesquisadores". E foi acrescentado no item Outras informações, justificativas ou considerações a critério do Pesquisador da Plataforma Brasil.

2) No TCLE, não foram indicados quais os possíveis riscos a que estão expostos os sujeitos ao participarem da pesquisa.

Resposta: o estudo não terá nenhuma intervenção, dessa forma apresenta risco mínimo (tanto físico/biológico, como psicológico ou mesmo financeiro) ao respondente do questionário, referente apenas ao uso das informações fornecidas que serão mantidas em sigilo. O gestor será convidado a participar, a pesquisa não será compulsória.

3) Nas informações básicas do projeto na PB, foi indicado que o risco será a "baixa taxa de resposta". Este é um risco para os pesquisadores, não para os sujeitos da pesquisa.

Resposta: este risco foi removido, entendemos que é uma possível limitação do estudo.

4) Também não está indicado, no texto do projeto de pesquisa anexado, os possíveis riscos e benefícios da pesquisa.

Resposta: Os riscos para o respondente foram acrescentados, conforme descrito acima no item Aspectos éticos [o estudo não terá nenhuma intervenção, dessa forma apresenta risco mínimo (tanto físico/biológico, como psicológico ou mesmo financeiro) ao respondente do questionário, referente apenas ao uso das informações fornecidas que serão mantidas em sigilo]. O gestor será convidado a participar, a pesquisa não será compulsória.

Os benefícios para o respondente serão uma apresentação dos resultados aos gestores no CONASEMS-RS, uma vez que os respondentes são gestores e se beneficiarão da pesquisa (já estava nos Aspectos éticos e no TCLE e agora estão listados também no item 7 RESULTADOS ESPERADOS).

5) O tempo estimado para responder o questionário, com 47 perguntas, no TCLE, foi de 20 minutos. Parece subestimado.

Resposta: o tempo exposto para resposta foi baseado nos pré-testes realizados com 10 profissionais da área da gestão. Concordamos que pode ser maior para alguns usuários menos acostumados com o Formsus, e passamos para 30 minutos (foi retificado no Formsus e no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e no Projeto).

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farrowpilha CEP: 90.040-080
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.153.577

Considerações Finais a critério do CEP:

APROVADO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_915297.pdf	24/06/2017 11:59:14		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	ProjetoFinal2.doc	24/06/2017 11:56:38	VIOLETA RODRIGUES AGUIAR	Aceito
Outros	Respostasaoparecer.docx	24/06/2017 11:53:53	VIOLETA RODRIGUES	Aceito
Outros	formsus.pdf	24/06/2017 11:49:20	VIOLETA RODRIGUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	24/06/2017 11:30:27	VIOLETA RODRIGUES AGUIAR	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	25/05/2017 19:34:34	VIOLETA RODRIGUES	Aceito

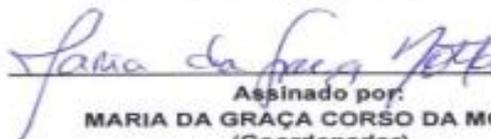
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 03 de Julho de 2017


Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro.
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br

ARTIGO: Despesas municipais em atenção primária à saúde no Rio Grande do Sul, Brasil: um estudo ecológico

<https://doi.org/10.1590/0102-311X00150117>

CSP CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA
REPORTS IN PUBLIC HEALTH

ARTIGO
ARTICLE

Despesas municipais em atenção primária à saúde no Rio Grande do Sul, Brasil: um estudo ecológico

Municipal spending on primary health care in Rio Grande do Sul State, Brazil: an ecological study

Gastos municipales en atención primaria de salud en Rio Grande do Sul, Brasil: un estudio ecológico

Fabiana da Silva Cabreira ^{1,2}
Fernando Rivier ^{2,3}
Violeta Rodrigues Aguiar ^{2,3}
Roger Keller Celeste ²

doi: 10.1590/0102-311X00150117

Resumo

O objetivo do estudo é explorar a associação entre componentes do Piso de Atenção Básica (PAB) fixo e variável, fatores sociodemográficos e perfil epidemiológico com as despesas municipais em atenção primária à saúde no Rio Grande do Sul, Brasil. Foi realizado estudo ecológico com 196 municípios do Rio Grande do Sul. A variável despesa média municipal dos anos de 2011 a 2013 do bloco financeiro da atenção primária à saúde que representou as despesas efetivas com o repasse de recursos federais foi extraída do Relatório Gerencial do Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Utilizou-se modelo de regressão linear múltipla. Para fins de ajuste do modelo, as variáveis foram agrupadas em cinco blocos de acordo com o objetivo do estudo. A despesa média com atenção primária à saúde foi de R\$ 81,20 (DP ± 35,50) por habitante-ano. O bloco de variáveis que compõem o PAB fixo explicou 39% ($R^2 = 0,39$) da variabilidade de despesas entre municípios, enquanto que, no bloco do PAB variável, o R^2 foi 0,82, no bloco sociodemográficas, o R^2 foi 0,26, no bloco de estrutura-desempenho, o R^2 foi 0,46, e, no bloco de perfil epidemiológico, o R^2 foi 0,15. No modelo final, a variável que esteve associada a maiores valores estimados de gasto com atenção primária à saúde foi a taxa de equipes de saúde da família. Municípios com o número de equipes entre 135 e 41 por 100 mil habitantes, ano possuem um gasto de R\$ 51,00 per capita a mais do que municípios com o número de equipes entre 0 e 8. Despesa em atenção primária à saúde parece estar mais atrelada às políticas federais de indução do que a fatores associados com a demanda em saúde, como o perfil demográfico e epidemiológico dos municípios do Rio Grande do Sul.

Financiamento da Atenção à Saúde: Recursos Financeiros em Saúde;
Planejamento em Saúde; Gestão em Saúde; Atenção Primária à Saúde

Correspondência

F. S. Cabreira
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha,
RS-377, Km 27, Alegrete, RS, 97553-000, Brasil.
fabiana.cabreira@iffarroupilha.edu.br

¹ Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha, Alegrete, Brasil.

² Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

³ Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, Brasil.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença de atribuição pelo Creative Commons, que permite que terceiros possam copiar e redistribuir o material em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam creditados.

Introdução

O sistema público de saúde no Brasil, assim como em outros países, possui recursos financeiros limitados. Países cujos sistemas de saúde são mais orientados à atenção primária à saúde alcançam melhores níveis de saúde, maior satisfação com os serviços de saúde e menores custos dos serviços em geral¹. Logo, entende-se a atenção primária como nível de cuidado estratégico capaz de atingir ampla cobertura e resolutividade.

No Brasil, o financiamento em atenção primária à saúde, bem como dos outros níveis de atenção, provém, principalmente, de transferências do governo federal para os municípios. A Norma Operacional Básica de 1996 estabeleceu o, atualmente chamado, Piso de Atenção Básica fixo (PAB fixo), em que os valores a serem transferidos eram basicamente definidos pela multiplicação de valor *per capita* nacional pela população de cada município². Em 2011, os municípios foram divididos em quatro faixas de financiamento, por meio de cálculo que inclui as variáveis: porte populacional, PIB *per capita*, percentual da população com plano de saúde, percentual da população com bolsa família ou percentual da população em extrema pobreza e densidade demográfica³. O PAB fixo deve cobrir a demanda por serviços e a manutenção da estrutura instalada, por exemplo, recursos humanos, equipamentos e unidades de saúde. Baseando-se nessa metodologia, espera-se que tais variáveis que interferem na distribuição das receitas também interfiram nas despesas municipais associadas com a demanda pela atenção primária à saúde.

Além do PAB fixo, também passaram a compor o financiamento em atenção primária à saúde os incentivos vinculados à adesão e a manutenção de programas definidos em nível federal e, posteriormente, transformados em Piso de Atenção Básica variável (PAB variável)². A adesão a políticas/ programas do PAB variável pode ser outra fonte de receita. As principais iniciativas estão atreladas às seguintes iniciativas: Estratégia Saúde da Família (ESF), agentes comunitários de saúde (ACS), equipes de saúde bucal na ESF (ESB) e Núcleos de Saúde da Família (NASF).

É esperado que as receitas municipais sejam suficientes para cobrir os gastos dos serviços de saúde, entretanto, há uma série de fatores que afetam a demanda por esses serviços em nível municipal e que não estão contempladas nas receitas incluídas no cálculo do PAB fixo. As características demográficas, sociais, epidemiológicas: população de crianças, idosos e mulheres; escolaridade; renda domiciliar; número de óbitos por causas externas, número de óbitos por diabetes mellitus, número de óbitos infantis e nascidos vivos de baixo peso, podem ser consideradas importantes fatores. Diversos autores relatam que muitas dessas variáveis estão relacionadas com a utilização de serviços^{4,5,6,7,8,9} e devem ser avaliadas por sua provável relação com as despesas em atenção primária à saúde.

Não se conhece estudos que expliquem por que um município gasta menos que outro em atenção primária à saúde. Além disso, questiona-se se os fatores de regulação federal elencados são suficientes para dar conta das especificidades municipais, se são relevantes em promover equidade no financiamento em atenção primária à saúde. Dessa forma, o objetivo deste estudo é explorar a associação entre as variáveis que definem o PAB fixo e variável, fatores sociodemográficos, fatores de estrutura e desempenho e perfil epidemiológico municipal com as despesas municipais em atenção primária à saúde do Rio Grande do Sul no período de 2011 a 2013.

Métodos

Este é um estudo ecológico, de caráter exploratório, com os 496 municípios do Estado do Rio Grande do Sul que possuíam informação de despesa em atenção primária à saúde para os anos estudados. Os dados foram oriundos de vários sistemas de informação: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC); Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Também foram extraídos dados do *Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil (ATLAS)*¹⁰, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, <http://www.ibge.gov.br>) e da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE, <http://sage.saude.gov.br/>).

A variável de desfecho foi a despesa média municipal dos anos de 2011 a 2013 do bloco financeiro da atenção básica. Esses dados foram extraídos do Relatório Gerencial da Sala de Apoio à Gestão

Estratégica no período de 28 a 30 de outubro de 2014. Essa variável representa os gastos em atenção primária à saúde efetivados pelos municípios com o repasse de recursos federais.

As variáveis exploratórias foram agrupadas em cinco blocos: PAB fixo, PAB variável, sociodemográficas, estrutura e desempenho e perfil epidemiológico. No bloco PAB fixo, as variáveis incluídas foram: PIB (Produto Interno Bruto) *per capita* médio dos anos de 2010 a 2012, anos que antecedem o desfecho; densidade demográfica (extraída do censo do IBGE do ano de 2010); percentual médio de beneficiários do Programa Bolsa Família por município dos anos de 2013 e 2014 (anos disponíveis no Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome); percentual médio de beneficiários de planos de saúde privado em relação à população por município dos anos de 2010 a 2012, dados da ANS; percentual da população vivendo em extrema pobreza por município do ano de 2010, disponível no Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; e porte populacional, médias dos anos de 2010 a 2012 do IBGE. No bloco PAB variável, foram incluídas as variáveis: taxa de ESF por 10 mil habitantes-ano; taxa de ACS por 10 mil habitantes-ano; proporção de ESB por ESF e proporção de NASF por ESF. Os dados brutos dessas variáveis foram obtidos do CNES e calculados a partir da média dos anos de 2010 a 2012. Do bloco das variáveis sociodemográficas, fazem parte as variáveis: renda domiciliar *per capita*; Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM); escolaridade calculada a partir do percentual de pessoas com 18 anos ou mais com Ensino Médio completo do total de habitantes com mais de 18 anos de cada município; índice Gini; percentual de mulheres; percentual de idosos (com 60 anos ou mais) e percentual de crianças (de 0 a 5 anos). A renda domiciliar *per capita*, o IDHM e a escolaridade foram obtidos do ATLAS 10, sendo os dados do ano de 2010. O índice Gini e o número de habitantes por faixa etária e sexo foram obtidos do IBGE usando-se as médias dos anos de 2010 a 2012. Compõem o bloco estrutura e desempenho as variáveis: o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS); taxa de unidades básicas de saúde (UBS) por 10 mil habitantes-ano e taxa de hospitais- dia, gerais e especializados por 10 mil habitantes-ano. Do CNES, foram obtidos, para os anos de 2010 a 2012, o número de UBS e o de hospitais. Da SAGE, foi obtido o IDSUS do ano de 2010. O último bloco é o perfil epidemiológico em que foram incluídas as variáveis: taxa de mortalidade por causas externas e taxa de mortalidade por diabetes mellitus (para cada 100 mil habitantes-ano); taxa de mortalidade infantil (mil nascidos vivos) e nascidos vivos de baixo peso (100 nascidos). As taxas de mortalidade foram calculadas com dados do SIM (óbitos) e do IBGE (população), em ambos os casos foram utilizadas a média dos anos de 2006 a 2010. Do SINASC, foram extraídos o número de nascidos vivos e o número de nascidos vivos de baixo peso para a média dos anos de 2006 a 2010.

A estatística descritiva foi realizada pela média, desvio-padrão das variáveis contínuas e frequência relativa da variável categórica porte populacional. Utilizou-se Anova para as associações bivariadas (Material Suplementar: http://cadernos.ensp.fiocruz.br/site/public_site/arquivo/csp_1501_17_materiaisuplementar_4497.pdf). Análises preliminares mostraram que muitas relações não eram lineares, assim, para facilitar a interpretação, todas as variáveis explicativas foram categorizadas. Categorizou-se por quintis ou pontos de corte específicos. Porte populacional também seguiu as categorias do IBGE. Apenas as variáveis proporção de ESB por ESF e proporção de NASF por ESF ficaram com $n = 445$, pois, no estado, há 51 municípios sem nenhuma equipe de ESF.

Para análise ajustada, foi utilizada a regressão linear múltipla, sendo avaliados o ajuste do modelo e o diagnóstico de resíduos. Inicialmente, as variáveis foram modeladas dentro de blocos de variáveis semelhantes, e aquelas que apresentaram valor de p significativo ($< 0,05$) foram incluídas no modelo final. No modelo final, foram retiradas variáveis não significativas a um nível de $p > 0,25$ usando a técnica *stepwise backwards*. A edição do banco e a análise dos dados foram realizadas utilizando o programa estatístico R versão 3,3,0 (<http://www.r-project.org>).

Resultados

Foram obtidos dados para todos os municípios, de forma que não há dados faltantes. A despesa municipal média em atenção primária à saúde realizada com recursos do Governo Federal no Rio Grande do Sul de 2011 a 2013 foi de R\$ 81,20 por ano (DP \pm 35,50); mínimo 20,30 e máximo 213,30). O estado possui 454 municípios com menos de 50 mil habitantes, ou seja, apenas 8,5% dos municípios estão acima dessa faixa. Os municípios possuem, em média, 49,8% (DP \pm 1,3) de mulheres, 16,1%

(DP \pm 3,4) de idosos e 6,7% (DP \pm 1,20) de crianças entre 0 e 5 anos. Em média, os municípios do Rio Grande do Sul possuem 4% (DP \pm 4) de suas populações vivendo em extrema pobreza, sendo que esse percentual variou de 0 a 28,9%. A renda domiciliar *per capita* média foi de R\$ 729,40 (DP \pm 205,10), sendo o mínimo R\$ 325,50 e a renda máxima R\$ 1.722,40. Na análise bivariada, todas as variáveis apresentaram associação significativa com o desfecho, exceto o índice Gini (Tabela 1).

A análise ajustada pelas demais variáveis do bloco PAB fixo explica 39% da variação dos gastos em atenção primária à saúde entre os municípios e constata-se que apenas as variáveis percentual da

Tabela 1

Descrição das variáveis correlacionadas dos municípios do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, por meio de medidas de tendência central e de dispersão ou frequência absoluta e relativa para variáveis por população.

Variáveis	Média (\pm DP)	Mínimo	Mediana	Máximo
Despesa com atenção primária à saúde <i>per capita</i> (R\$)	81,29 (\pm 35,50)	20,30	83,50	213,30
PIB <i>per capita</i> (R\$)	20.384,00 (\pm 15.079,20)	7.189,50	16.837,40	211.410,50
Densidade demográfica (habitantes/km ²)	87,0 (\pm 315,9)	1,6	73,5	2.917,9
Programa Bolsa Família (% da população)	0,7 (\pm 11,1)	0,0	7,5	49,8
Plano de saúde (% da população)	9,0 (\pm 11)	0,1	5,2	67,2
Extrema pobreza (% da população)	4,6 (\pm 4)	0,0	7,8	28,9
Taxa de LSF (100 mil habitantes-ano)	26,4 (\pm 17,4)	0,0	27,8	135,0
Taxa de ACS (100 mil habitantes-ano)	190,8 (\pm 107,1)	0,0	216,3	688,3
Proporção LSB por FSE	0,7 (\pm 0,4)	0,0	1,0	1,0
Proporção NASF por CSF	0,0 (\pm 0,0)	0,0	0,0	0,3
Renda domiciliar <i>per capita</i> (R\$)	729,40 (\pm 205,10)	325,50	701,60	1.722,40
IDHM	71,4 (\pm 4,1)	58,7	71,7	80,5
Gini	46,6 (\pm 8,8)	28,0	47,0	72,0
Escolaridade (% da população)	25,3 (\pm 7,8)	9,2	24,4	57,6
Mulheres (% da população)	49,8 (\pm 1,3)	44,7	49,8	53,5
Idosos acima de 60 anos (% população)	16,1 (\pm 3,4)	7,3	15,9	29,4
Crianças 0-5 anos (% da população)	6,7 (\pm 1,20)	3,5	6,8	12,1
IDSUS	628,2 (\pm 75,5)	384,0	635,5	823,0
URS (100 mil habitantes-ano)	46,5 (\pm 33,8)	0,0	37,9	317,2
Hospitalizações (100 mil habitantes-ano)	5,7 (\pm 8,8)	0,0	0,5	67,5
Taxa de mortalidade por causas externas (100 mil habitantes-ano)	65,3 (\pm 20,2)	0,0	65,5	144,3
Taxa de mortalidade por diabetes melitus (100 mil habitantes-ano)	28,4 (\pm 14,1)	0,0	26,8	91,1
Taxa de mortalidade infantil (mil nascidos vivos)	17,1 (\pm 7,6)	0,0	11,7	40,0
Nascidos vivos de baixo peso (100 nascidos)	8,4 (\pm 2,5)	0,8	8,4	21,3
	n	%		
Porção municipal (Rio Grande do Sul) (habitantes)				
Até 5.000	227	45,8		
5.001-10.000	104	21,0		
10.001-50.000	173	34,8		
50.001-100.000	24	4,8		
Mais de 100.001	18	3,6		

ACS: agentes comunitários de saúde; DP: desvio padrão; FSE: equipes de saúde bucal; FST: Estratégia Saúde da Família; IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal; IDSUS: Índice de Desempenho do SUS; NASF: Núcleo de Saúde da Família; PIB: Produto Interno Bruto; LSB: unidade básica de saúde.

Nota: o "n" total foi 496 exceto para as variáveis proporção LSB por LSF e proporção NASF por LSF em que o "n" foi 445.

população vivendo em extrema pobreza e porte populacional foram estatisticamente significativas (Tabela 2). No bloco PAB variável, a análise ajustada pelas demais variáveis explica 82% da variação dos gastos em atenção primária à saúde entre os municípios e conferiu às variáveis taxa ACS, taxa ESF e proporção L5B por L5F significância estatística (Tabela 2). Observa-se que, a análise ajustada pelas demais variáveis do bloco das variáveis sociodemográficas explica 26% da variação do referido gasto, e as variáveis: renda domiciliar *per capita*, IDHM, escolaridade, percentual de mulheres, percentual de idosos e percentual de crianças foram significativas (Tabela 3). Além disso, a análise ajustada pelas demais variáveis nos blocos estrutura e desempenho e perfil epidemiológico explicam, respectivamente, 46% e 15% da variação dos gastos em atenção primária à saúde entre os municípios, as variáveis IDSUS, UBS, hospital, do primeiro bloco, e taxa de mortalidade por causas externas, taxa de mortalidade infantil e percentual de nascidos vivos de baixo peso, do segundo bloco, foram estatisticamente significativas (Tabela 4).

O modelo final ajustado com as variáveis significativas de cada bloco explica 83% da variação dos gastos em atenção primária à saúde entre os municípios (Tabela 5). Nesse modelo, verifica-se que municípios com maiores taxas de ESF por 100 mil habitantes possuem um gasto médio de R\$ 51,30 *per capita* (IC95%: 43,30; 59,20) a mais do que municípios com menores taxas, e essa diferença é estatisticamente significativa. Do mesmo modo, municípios com maiores taxas de ACS por 100 mil habitantes possuem um gasto médio de R\$ 33,50 *per capita* (IC95%: 26,10; 41,00) a mais do que municípios com menores taxas, e essa diferença é estatisticamente significativa. O gasto em atenção primária à saúde nos municípios de maior IDSUS, nesse modelo, é, em média, R\$ 9,10 *per capita* (IC95%: 4,10; 14,10) a mais do que nos municípios de menor IDSUS. Essa diferença também foi estatisticamente significativa apesar de resultar em menor diferença em Reais. Também o percentual da população vivendo em extrema pobreza foi significativo estando associado a um gasto *per capita* de R\$ 6,90 (IC95%: 1,90; 11,80). Os resíduos foram normalmente distribuídos, homocedásticos e sem associação com os valores preditos.

Discussão

Os achados deste estudo sugerem que os gastos em atenção primária à saúde baseiam-se, em grande parte, na adesão municipal aos programas federais do PAB variável, e não nos indicadores do PAB fixo. Além disso, quanto maior o porte populacional do município menor parece ser o gasto *per capita* em atenção primária à saúde, e isso é explicado pelas diferenças de cobertura dos programas do PAB variável. Ademais, não houve relação desse gasto com os fatores associados com a demanda em saúde, como o perfil demográfico e epidemiológico.

Como os resultados mostram, o modelo, apenas com as variáveis que compõem o PAB variável, explica 82% da oscilação das despesas médias em atenção primária à saúde, enquanto o modelo final com as variáveis significativas de cada bloco apresentou R² de 83%. Com isso, provavelmente, a melhor oportunidade que os gestores têm para aumentar o financiamento em atenção primária à saúde é aderir aos programas estabelecidos em nível federal. O valor total que pode ser obtido pelos programas do PAB variável vem se sobressaindo em relação ao PAB fixo ¹¹, com certa redução na autonomia municipal no uso de tais recursos. Desde a publicação da NOB 96, diversos autores vêm questionando a capacidade de tal norma em promover o princípio da descentralização, uma vez que condiciona grande parte do financiamento à adesão aos programas, tais como ESF e ACS, definidos centralmente ^{12,13,14}. Entre os pressupostos da descentralização, estão a redistribuição de poder e de recursos e o estabelecimento de novas relações entre os níveis de governo e controle social ¹⁵. Para tanto, é preciso respeitar as distintas realidades sociais e sanitárias de cada município, garantindo a autonomia financeira a eles. Havendo recurso, esse deveria ser agregado ao teto financeiro, PAB fixo, assim, cada município, à sua moda, deveria apresentar resultados concretos na melhoria dos níveis de saúde e condições de vida da sua população ¹⁶. São reconhecidas, no entanto, as dificuldades de muitos municípios brasileiros em gerir seus recursos, sejam por questões técnicas ou até mesmo por não utilizarem os recursos para a resolução dos problemas mais prevalentes e graves da população.

Diferenças municipais nos gastos foram trazidas neste estudo e explicadas pelas diferenças do PAB variável. Os municípios de pequeno porte do Rio Grande do Sul investem mais *per capita* em

Tabela 2

Coefficientes de despesa média em atenção primária à saúde em regressão linear múltipla (IC95%: intervalo de 95% de confiança) para os locais Piso de Atenção Básica (PAB) fixo e PAB variável no modelo para os municípios do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, no período de 2011 a 2013.

Bloco/Variáveis/Categorias	Estimativa <i>per capita</i> (R\$)	IC95%	Valor de p	R ²
PAB fixo				
PIB <i>per capita</i> (R\$)				
Até 25.000,00	Referência		0,97	0,89
Mais de 25.000,00	0,1	-6,7; 6,9		
Densidade demográfica (hab./km ²)				
1,61-12,0	Referência		0,51	
12,01-19,9	1,2	-0,9; 3,3		
19,91-27,9	0,1	8,0; 8,3		
27,91-60,0	-1,2	-0,4; 7,1		
60,01-2917,9	7,0	17,4; 2,3		
Programa Bolsa Família (% da população)				
0,001-0,03	Referência		0,34	
0,031-4,07	-0,7	-11,7; 10,8		
4,071-11,80	0,3	-5,2; 7,7		
11,801-20,87	3,7	-9,5; 15,8		
20,871-45,76	-2,0	-16,8; 10,7		
Plano de saúde (% da população)				
0,101-1,93	Referência		0,53	
1,931-3,73	0,1	8,3; 8,4		
3,731-6,92	0,7	-7,9; 9,3		
6,921-13,04	0,8	8,5; 9,8		
13,041-67,22	-3,1	-13,6; 7,4		
Extrema pobreza (% da população)				
0,001-0,56	Referência		< 0,01	
0,561-1,88	0,5	2,6; 2,6		
1,881-3,79	2,8	-6,6; 7,3		
3,791-6,88	0,8	-3,3; 5,9		
6,881-28,94	21,7	10,9; 32,5		
Por. municipal (Rio Grande do Sul) (hab./km ²)				
Até 5,003	Referência		< 0,01	
5,001-10,000	-22,4	-29,3; -15,4		
10,001-50,000	-34,3	-42,8; -25,7		
50,001-100,000	-46,1	-62,8; -29,5		
Mais de 100,001	45,6	65,3; 25,9		
PAB variável				
Índice de ACS (100 mil habitantes-ano)				
0,001-88,63	Referência		< 0,01	0,62
88,631-190,24	12,2	6,5; 19,0		
190,241-234,18	24,5	17,6; 31,5		
234,181-273,03	29,7	22,7; 37,0		
273,031-688,32	37,2	29,7; 44,6		
Taxa de ESB (100 mil habitantes-ano)				
0,001-8,28	Referência		< 0,01	
8,281-22,40	10,9	4,9; 16,9		
22,401-32,03	24,1	16,8; 31,3		
32,031-41,37	35,9	28,2; 43,5		
41,371-135,02	55,6	47,8; 63,3		
Proporção ESB por ESE				
0,00	Referência		< 0,01	
0,011-0,99	5,9	0,0; 7,6		
1,00	7,6	3,8; 11,5		
Proporção NASF por ESE				
0,00	Referência		0,22	
0,01 ou mais	3,4	2,1; 8,8		

ACS: agentes comunitários de saúde; ESB: equipes de saúde bucal; ESE: Estratégia Saúde da Família; NASF: Núcleos de Saúde da Família; PAB: Piso de Atenção Básica; PIB: Produto Interno Bruto.

Nota: o "n" total foi 496 exceto para as variáveis proporção ESB por ESE e proporção NASF por ESE em que o "n" foi 445.

Tabela 3

Coefficientes de despesa média em atenção primária à saúde em regressão linear múltipla (IC95%: intervalo de 95% de confiança) para o bloco de variáveis sociodemográficas no modelo para os municípios do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, no período de 2011 a 2013.

Variáveis/Categorias	Estimativa <i>per capita</i> (R\$)	IC95%	Valor de p	R ²
Renda domiciliar <i>per capita</i> (R\$)				
325,471 - 551,71	Referência		< 0,01	0,26
551,71 - 642,21	12,8	22,6; 2,5		
642,21 - 765,77	-22,8	-37,4; -7,1		
765,77 - 803,20	-25,6	-39,0; -12,6		
803,20 - 1.122,31	31,1	46,0; 16,3		
IDH-M (*100)				
58,71 - 67,6	Referência		< 0,01	
67,6 - 70,3	4,8	5,9; 15,5		
70,3 - 73,0	19,6	5,8; 33,3		
73,0 - 75,1	30,1	13,6; 46,4		
75,1 - 80,9	34,2	15,4; 53,0		
Muheres (% da população)				
44,701 - 48,77	Referência		< 0,01	
48,771 - 49,50	2,8	11,5; 6,1		
49,501 - 50,17	-5,4	-18,7; -0,1		
50,171 - 50,91	-19,2	-29,2; -9,1		
50,911 - 53,61	-13,1	-30,8; -7,5		
Gini (*100)				
28 - 42	Referência		0,09	
42 - 45	10,2	1,5; 18,9		
45 - 48	11,1	2,2; 19,9		
48 - 52	7,3	-1,7; 16,2		
52 - 72	9,1	-0,4; 18,5		
Letramento (% da população)				
9,15 - 18,84	Referência		< 0,01	
18,84 - 22,20	5,7	-4,2; 15,5		
22,20 - 26,56	-3,9	-15,7; 7,9		
26,56 - 31,75	-10,6	-24,0; 2,9		
31,75 - 57,65	-25,2	-42,3; -8,1		
Idosos (% da população)				
7,32 - 13,25	Referência		< 0,01	
13,25 - 15,19	16,1	9,5; 25,7		
15,19 - 16,89	9,9	-0,3; 20,1		
16,89 - 18,86	17,8	6,7; 28,8		
18,86 - 29,40	18,1	5,5; 30,6		
Crianças 0-5 anos (% da população)				
Até 8%	Referência		0,13	
6-8%	-8,8	-17,3; 0,2		
Mais de 8%	-12,1	-25,8; 1,7		

IDH-M: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal.

Nota: n = 496 para todas as variáveis.

Tabela 4

Coefficientes de despesa média em atenção primária à saúde em regressão linear múltipla (IC95%: intervalo de 95% de confiança) para os blocos sobre estrutura e desempenho e perfil epidemiológico no modelo para os municípios do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, no período de 2011 a 2013.

Bloco/Variáveis/Categorias	Estimativa <i>per capita</i> (R\$)	IC95%	Valor de p	R ²
Estrutura e desempenho				
IDSUS (#100)				
38,2 F-56,2	Referência		< 0,01	0,46
56,2 F-61,6	14,8	7,2; 22,3		
61,6 F-65,8	22,7	15,2; 30,3		
65,8 F-69,1	30,1	22,7; 38,0		
69,1 F-82,3	42,5	34,5; 50,6		
UBS (100 mil habitantes-ano)				
0,00 F-23,58	Referência		< 0,01	
23,58 F-32,63	12,0	4,4; 19,5		
32,63 F-43,42	15,7	8,1; 23,4		
43,42 F-63,57	22,0	14,2; 29,9		
63,57 F-117,21	28,0	19,7; 36,2		
Hospitais (100 mil nascidos-ano)				
0,00	Referência		< 0,01	
0,01 F-5,00	-17,5	-25,1; -9,9		
5,01 F-10,00	5,4	13,8; 2,9		
10,01 F-20,00	2,5	-4,6; 9,6		
20,01 ou mais	12,3	3,4; 21,2		
Epidemiológicas				
Taxa de mortalidade por causas externas (100 mil habitantes-ano)				
0,0 F-50,0	Referência		< 0,01	0,15
50,0 F-58,3	11,3	20,8; 1,9		
58,3 F-68,6	-15,6	-23,9; -6,1		
68,6 F-80,2	-10,7	-20,1; -1,3		
80,2 F-144,7	2,4	6,9; 11,8		
Taxa de mortalidade por diabetes melitus (100 mil habitantes-ano)				
0,0 F-16,8	Referência		0,11	
16,8 F-23,8	-5,7	-16,1; 2,6		
23,8 F-30,9	7,8	17,1; -1,4		
30,9 F-39,1	-6,2	-15,4; 3,0		
39,1 F-91,5	2,5	-6,7; 11,7		
Taxa de mortalidade infantil (mil nascidos vivos)				
0,0 F-6,7	Referência		< 0,01	
6,4 F-10,2	-9,5	-18,9; -0,2		
10,2 F-13,1	16,0	23,8; 6,4		
13,1 F-17,9	-9,5	-19,9; -0,1		
17,9 F-44,0	-0,1	-9,5; 9,4		
Nascidos vivos de baixo peso (< 00 nascidos)				
0,8 F-6,6	Referência		< 0,01	
6,6 F-7,9	-15,0	-24,1; -5,9		
7,9 F-6,9	-24,8	-33,8; -15,8		
6,9 F-10,1	20,0	29,5; 10,5		
10,1 F-21,3	-13,1	-22,3; -3,9		

IDSUS: Índice de Desempenho do SUS; UBS: unidade básica de saúde.

Nota: o "n" total foi 496 para todas as variáveis.

Tabela 5

Coefficientes de despesa média em atenção primária à saúde em regressão linear múltipla (IC95%: intervalo de 95% de confiança) no modelo final para os municípios do Estado de Pernambuco (SUL, Brasil), no período de 2011 a 2013.

Variáveis/Categorias	Estimativa <i>per capita</i> (R\$)	IC95%	Valor de p	R ²
<p>taxa de LSH (100 mil habitantes ano)</p> 0,00 F- 8,28 8,28 I- 22,4 22,4 F- 32,03 32,03 F- 41,37 41,37 I- 135,03	Referência		< 0,01	0,83
<p>taxa de ACS (100 mil habitantes ano)</p> 0,00 F- 88,63 88,63 I- 180,24 180,24 I- 234,18 234,18 F- 273,59 273,59 I- 688,32	Referência		< 0,01	
<p>Proporção ESR por ESF</p> 0,00 0,01 I- 0,99 1,00	Referência		< 0,01	
<p>IDSSUS (¹100)</p> 281 F- 562 562 I- 516 616 F- 653 653 F- 691 691 I- 823	Referência		< 0,01	
<p>Extrema pobreza (% da população)</p> 0,00 F- 0,58 0,58 I- 1,88 1,88 I- 3,79 3,79 F- 6,88 6,88 I- 26,94	Referência		< 0,01	
<p>Escolaridade (% da população)</p> 9,15 F- 18,84 18,84 I- 22,20 22,20 I- 26,56 26,56 F- 31,75 31,75 F- 57,63	Referência		0,14	

ACS: agentes comunitários de saúde; ESR: equipes de saúde bucal; ESF: Estratégia Saúde da Família; IDSSUS: Índice de Desempenho do SUS.

Nota: o "n" total foi 496 exceto para as variáveis proporção ESR por ESF em que o "n" foi 425.

atenção primária à saúde do que os de maior porte, apesar de o financiamento por meio do PAB fixo considerar o número de habitantes do município. Autores apontam para a dificuldade de os municípios de grande porte ampliarem a cobertura de equipes de saúde da família, por conseguinte, não obtendo todos os recursos possíveis do PAB variável¹⁶. Ademais, cidades pequenas, com menos de 20 mil habitantes, não possuem (ou possuem poucos) serviços de média e alta complexidade e terminam por orientar-se para a atenção primária à saúde¹⁷. Assim, como no presente estudo, a associação da despesa total com saúde e o porte populacional também foi fraca em estudo realizado com os municípios do Estado de Pernambuco¹⁸. Entretanto, o aumento do porte populacional esteve relacionado

com o aumento de gasto em saúde com recursos próprios em estudo que incluiu todos os municípios brasileiros¹⁹. Outro aspecto a ser considerado que diferencia os municípios é que aqueles com maior percentual de pessoas vivendo em extrema pobreza o gasto em atenção primária à saúde é maior. Diante do exposto, o percentual de pessoas vivendo em extrema pobreza revela-se como importante variável associada com o gasto em atenção primária à saúde, possivelmente associada com a demanda por serviços.

A presente pesquisa explorou a associação de diferentes indicadores com o gasto municipal em atenção primária à saúde. Os achados deste estudo sugerem que os aspectos para além dos indicadores sociodemográficos ou de necessidade em saúde podem ter influenciado na alocação de recursos na atenção primária à saúde entre os municípios do estado. Vários autores já trouxeram que fatores políticos, operacionais, administrativos, financeiros, estratégicos (oportunidades) e de interesse do controle social também podem influenciar a tomada de decisão^{20,21,22,23}. No entanto, é imprescindível o estabelecimento de parâmetros e indicadores, visto que abrange os princípios constitucionais do SUS²¹. Estudos na Inglaterra também têm utilizado indicadores sociais, como o índice de Townsend, e de necessidade de saúde da população para avaliar a demanda por atenção primária à saúde e alocação de recursos^{24,25}. Nesse sentido, Ugá et al.²³ trazem, como ponto fundamental nas diferentes abordagens metodológicas para estimar uma distribuição equitativa dos recursos, incorporar, necessariamente, as desigualdades no perfil demográfico, segundo sexo e idade, e um indicador de necessidades, que permita dimensionar desigualdades relativas entre condições sanitárias e socioeconômicas das populações de distintas áreas geográficas, para tornar-se viável a implementação das ações resultantes das decisões tomadas²¹.

Como limitação, é pertinente ratificar que o estudo coletou dados sobre fonte de financiamento de base federal, e não foi contabilizado o fundo de tributação municipal e/ou repasse estadual. Essa decisão foi tomada baseada em estudos que mostram que o papel da esfera federal quanto ao financiamento ainda é preeminente em relação ao estado e municípios^{26,27,28}. Em adição, a possibilidade de erros de mensuração existe em algumas covariáveis, mas acredita-se que isso não seja associado ao desfecho, tendo um impacto menor nas estimativas, ou reduzindo a magnitude das associações pela introdução de um erro aleatório. Importante salientar que todas as informações foram obtidas de fontes oficiais/governamentais, e o uso de tais bases de dados é importante também para auxiliar na identificação da validade e utilidade delas. Por outro lado, o presente estudo exploratório englobou 23 variáveis, sendo o maior estudo a relatar variáveis associadas a gastos específicos em atenção primária à saúde, dentro do conhecimento dos autores, visto que os estudos existentes trabalham com gasto *per capita* geral em saúde. Como a atenção primária à saúde é ordenadora do cuidado²⁹, é essencial conhecer o processo de tomada de decisão em relação a ela para discutir a ampliação do direcionamento de recursos para esse bloco de serviços do setor saúde. Além disso, a inclusão de todos os municípios do estado elimina a possibilidade de viés de seleção.

Espera-se que os resultados apresentados instrumentalizem futuras discussões a cerca do rateio de recursos financeiros federais entre os municípios. Atualmente, os gastos estão atrelados à receita, cujos indicadores não parecem refletir totalmente a demanda que geram os gastos; isto é, o quadro sociodemográfico e epidemiológico. Além disso, outros indicadores que foram apresentados neste estudo possuem respaldo na literatura para serem utilizados de modo a tornar a distribuição do PAB fixo mais equitativo. Entretanto, a despeito do que é definido como PAB fixo em nível federal, outros estudos são necessários para estimar o valor *per capita* necessário para atender as demandas de saúde da população e conferir, de fato, maior autonomia financeira ao nível municipal de gestão.

Colaboradores

E. S. Cabreira e R. K. Cefeste participaram da concepção do estudo, da análise e interpretação de dados, revisaram criticamente o conteúdo, redigiram o estudo e aprovaram a versão final. F. Ritter colaborou na concepção do estudo, revisou criticamente o conteúdo e aprovou a versão final. V. R. Aguiar participou da interpretação de dados para o trabalho, redação, revisou criticamente o conteúdo e aprovou a versão final.

Referências

1. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*; 1994; 344:1129-33.
2. Negri B. A política de saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
3. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.602, de 9 de julho de 2011. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB), para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal. *Diário Oficial da União* 2011; 10 jul.
4. Andersen RM. National health surveys and the behavioral model of health services use. *Med Care* 2008; 46:47-53.
5. Almeida APSC, Nunes BP, Duro SMS, Pacchini LA, Almeida APSC, Nunes BP, et al. Socioeconomic determinants of access to health services among older adults: a systematic review. *Rev Saúde Pública* 2017; 51:50.
6. Tomasi E, Nunes BP, Müller RM, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Perfil de utilização de serviços de saúde por crianças de zona urbana no Brasil: estudo transversal de base nacional. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2015; 15:81-90.
7. Silva ZP, Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida ML. Perfil socioeconômico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16:3807-16.
8. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AL, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 215-13.
9. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 Suppl 2:S190-8.
10. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil. Brasília: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; 2013.
11. Solla JJP, Reis AAC, Soter APM, Fernandes AS, Palma JLL. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2007; 7:493-502.
12. Bueno WS, Merhy EE. Os equívocos da NOR/96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? In: Conferência Nacional de Saúde On-Line/10ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1997. p. 1-17.
13. Castro ALB, Machado CV. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cad Saúde Pública* 2010; 26:693-705.
14. Vazquez DA. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. *Cad Saúde Pública* 2011; 27:1201-12.

15. Ministério da Saúde. Descentralização das ações e serviços de saúde: a missão de cumprir e fazer cumprir a lei. Brasília: Ministério da Saúde; 1994.
16. Portela GZ, Ribeiro JM. A sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia Saúde da Família em municípios de grande porte. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16:1719-32.
17. Scatena JHG, Viana Ald'A, Tanaka OY. Sustentabilidade financeira e econômica do gasto público em saúde no nível municipal: reflexões a partir de dados de municípios mato-grossenses. *Cad Saúde Pública* 2009; 25:2433-45.
18. Espírito Santo ACG, Fernando VCN, Bezerra APB. Despesa pública municipal com saúde em Pernambuco, Brasil, de 2000 a 2007. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17:861-71.
19. Araújo CHL, Gonçalves GQ, Machado JA, Araújo CBL, Gonçalves GQ, Machado JA. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. *Ciênc Saúde Coletiva* 2017; 22:953-63.
20. Aguiar VR, Celeste RK. Necessidade e alocação de laboratórios regionais de prótese dentária no Brasil: um estudo exploratório. *Ciênc Saúde Coletiva* 2015; 20:3121-8.
21. Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17:821-8.
22. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000; 5:133-49.
23. Ugá MA, Piola SF, Porto SM, Vianina SM. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8:417-37.
24. Gulliford MC, Jack RH, Adams G, Ukoumunne OC. Availability and structure of primary medical care services and population health and health care indicators in England. *BMC Health Serv Res* 2004; 4:12.
25. Baker D, Ham M. General practitioner services in primary care groups in England: is there inequity between service availability and population need? *Health Place* 2001; 7:67-74.
26. Porto SM, Santos IS, Ugá MAD. A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:895-910.
27. Arretche M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8:431-45.
28. Marques RM, Mendes A. Atenção básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8:403-15.
29. Starfield B. Primary care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press; 1992.

Abstract

The study's objective was to explore the association between the components of fixed and variable Minimum Basic Care (Portuguese: PAB), sociodemographic factors, epidemiological profile, and municipal spending in primary health care in Rio Grande do Sul State, Brazil. An ecological study in 496 municipalities (counties) in the state was carried out. Mean variable municipal spending from 2011 to 2013 from the financial block of primary health care, representing the actual spending with federal budget transfers, was based on data from the Management Report of the Strategic Management Support Room, and multiple linear regression was used. To adjust the model, variables were grouped in five blocks according to the study's objective. Mean spending on primary health care was BRL 81.20 (SD \pm 35.50) per inhabitant-year. The block of variables comprising the fixed PAB component explained 39% ($R^2 = 0.39$) of the variability in spending between municipalities, while for the variable PAB block, R^2 was 0.82, in the sociodemographic block, R^2 was 0.26, in the structure-performance block R^2 was 0.46, and in the epidemiological profile block the R^2 was 0.15. In the final model, the variable associated with the highest estimated values for spending on primary health care was the rate of family health teams. Municipalities with 135 to 41 teams per 100,000 inhabitant-years spend BRL 51.00 more per capita than municipalities with zero to 8 teams. Spending on primary health care appears to be linked more to federal induction than to factors associated with health care demand, such as the demographic and epidemiological profile of the municipalities in the state of Rio Grande do Sul.

Healthcare Financing; Financial Resources; Health Planning; Health Management; Primary Health Care

Resumen

Este trabajo examina la asociación entre componentes del Paquete de Atención Básica (PAB) fijo y variable, los factores sociodemográficos y el perfil epidemiológico con los gastos municipales en atención primaria de salud en Rio Grande do Sul, Brasil. Fue realizado un estudio ecológico con 496 municipios de Rio Grande do Sul. La variable gasto medio municipal desde el año 2011 a 2013 del bloque financiero de la atención primaria de salud, que representó los gastos efectivos con la transferencia de recursos federales, se extrajo del Informe Gerencial de la Sala de Apoyo a la Gestión Estratégica. Se utilizó un modelo de regresión lineal múltiple. Con el fin de ajustar el modelo, las variables se agruparon en cinco bloques de acuerdo con el objetivo del estudio. El gasto medio con atención primaria de salud fue BRL 81,20 (DP \pm 35,50) por habitante año. El bloque de variables que componen el PAB fijo explicó el 39% ($R^2 = 0,39$) de la variabilidad de gastos entre municipios, mientras que, en el bloque del PAB variable, el R^2 fue 0,82, en el bloque sociodemográfico, el R^2 fue 0,26, en el bloque de estructura-desempeño, el R^2 fue 0,46, y, en el bloque de perfil epidemiológico, el R^2 fue 0,15. En el modelo final, la variable que estuvo asociada a mayores valores estimados de gasto con atención primaria de salud fue la tasa de equipos de salud de la familia. Los municipios con el número de equipos entre 135 y 41 por 100 mil habitantes-año poseen un gasto de BRL 51,00 per cápita más que municipios con el número de equipos entre 0 y 8. El gasto en atención primaria de salud parece estar más vinculado a las políticas federales de inducción que a factores asociados con la demanda en salud, como el perfil demográfico y epidemiológico de los municipios de Rio Grande do Sul.

Financiación de la Atención de la Salud; Recursos Financieros en Salud; Planificación en Salud; Gestión en Salud; Atención Primaria de Salud

Recebido em 29/Ago/2017
Versão final reapresentada em 15/Mar/2018
Aprovado em 21/Jun/2018