



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE- EAD
PROGRAMA NACIONAL DE ADMINISTRADORES PÚBLICOS
PNAP/UAB/CAPES**

Luciana Paula Corbellini

**O Pacto de Gestão e a descentralização em Saúde Pública no
município de Sério**

Porto Alegre

2012

Luciana Paula Corbellini

O Pacto de Gestão e a descentralização em Saúde Pública no município de Sério

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Gestão em Saúde - EAD
Apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a
obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ivan Antônio Pinheiro

Porto Alegre

2012

RESUMO

O objetivo geral desse estudo foi analisar quais as responsabilidades propostas pelo Termo de Compromisso do Pacto de Gestão o município de Sério tem condições de assumir, investigando como está ocorrendo o processo de descentralização em saúde no município. Os dispositivos para chegar a essa análise foram a revisão da literatura, uma revisão organizacional, uma análise documental do Termo de Compromisso do Pacto de Gestão e a aplicação de uma entrevista semi estruturada aos sujeitos envolvidos no processo de descentralização. Questões de gestão, a sub-utilização de ferramentas como planejamento, avaliação, monitoramento, plano municipal de saúde, Sistemas de Informação e a fragilidade do controle social, aparecem como entraves significantes. As implicações ideológicas que estruturam a sociedade brasileira também respingam sobre a sociedade seriense. O desenlace é uma comunidade sujeita a um sistema de saúde que ainda está longe de configurar-se na prática o que sustenta no campo teórico quando definido como um dos melhores sistemas de saúde pública do mundo. Ao final fica a sensação de que o processo de municipalização da saúde ainda está longe de garantir o preconizado e a justa consideração de que uma adequada conduta do processo de descentralização depende de uma revisão organizacional ampla.

Palavras-chave: Saúde Pública, Descentralização, Gestão, Revisão Organizacional.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	04
2 CONTEXTUALIZAÇÃO.....	07
2.1 GESTÃO EM SAÚDE.....	07
2.1.1 Pacto Pela Saúde.....	10
2.1.2 Pacto em Defesa do SUS.....	12
2.1.3 Pacto pela Vida.....	13
2.2 DIMENSÃO PACTO PELA GESTÃO.....	13
2.2.1 Descentralização e Regionalização.....	14
2.2.2 Financiamento e Planejamento.....	16
2.2.3 Programação Pactuada e Integrada.....	17
2.2.4 Garantia de Referência Intermunicipal de acordo com a PPI	18
execução das ações e referência regional sob sua responsabilidade de acordo	
com a PPI.....	18
2.2.5 A Regulação e Participação social na Gestão do Trabalho.....	19
2.2.6 Implementação do Sistema de Informação.....	20
2.2.7 Implementação da Ouvidoria e da Auditoria.....	20
2.2.8 Monitoramento e avaliação: Monitorar e fiscalizar a execu	3
procedimentos por meio do controle e avaliação ambulatorial.....	21
3 A SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÉRIO E A CONDUÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE.....	23
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	26
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	28

5.1 ANÁLISE DOCUMENTAL: TERMO DE COMPROMISSO DO PACTO DE GESTÃO.....	28
5.2 ANÁLISE DE DISCURSO.....	32
CONCLUSÃO.....	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
ANEXOS.....	52
ANEXO A TERMO DE COMPROMISSO LIVRE ESCLARECIDO.....	53
ANEXO B INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS.....	54

INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso se propôs analisar aspectos ligados a descentralização em saúde na Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Sérió onde essa aluna atua como enfermeira desde 2009.

Sérió é um pequeno município da região do Vale do Taquari e conta com uma única Unidade Básica de Saúde. Está emancipado desde 20 de março de 1992, distante a 164 km de Porto Alegre e 45 km da cidade de Lajeado. O município possui uma população de 2281 habitantes sendo 1751 residentes na área rural e 530 na área urbana. A população é formada por descendentes da etnia alemã, italiana e luso, tendo o setor primário como a principal fonte econômica, destacando-se a fomicultura, suinocultura, avicultura e reflorestamento.

O município assinou o Termo de Compromisso do Pacto de Gestão firmando um conjunto de pactuações que devem ser realizadas em um prazo previamente determinado. Dentre as pactuações que tinham como prazo dezembro de 2011 todas foram cumpridas com exceção de duas.

O objetivo geral desse estudo foi analisar quais as responsabilidades propostas pelo Termo de Compromisso do Pacto de Gestão o município de : ⁵ tem condições de assumir, investigando como está ocorrendo o processo descentralização em saúde no município.

O Pacto de Gestão é um dos três componentes do Pacto pela Saúde aprovado pela Portaria GM/MS nº399, de 22 de fevereiro de 2006 sendo um instrumento adotado pelo Ministério da Saúde buscando superar entraves a consolidação da descentralização como a escassez de recursos, responsabilização sanitária, iniquidades de acesso aos serviços de saúde, deficiência de mecanismos regulatórios, excesso de burocracia, deficiência em áreas como o planejamento,

programação e avaliação além de ações em saúde extremamente voltadas para a oferta e assistencialismo, visando estabelecer responsabilidades claras de cada ente federado, radicalizando a descentralização de atribuições referente a saúde para os estados e municípios, promovendo um choque de descentralização (BRASIL 2005).

Na condição de profissional atuante nessa UBS conhecia o fato de que o município não havia conseguido cumprir algumas das responsabilidades pactuadas na exata forma como preconizado no Termo de Compromisso, cujo prazo era dezembro de 2011. Outras pactuações têm como prazo final dezembro 2012 e espera-se que esse estudo contribua para que o município possa estar avaliando questões que hoje não estejam recebendo a devida atenção.

A autora desse estudo considerou que havia fortes indícios de que questões de gestão e a conseqüente forma de condução do processo de descentralização das políticas de saúde poderiam estar interferindo para o não cumprimento das pactuações e tal problema de pesquisa se confirmou.

A revisão da literatura, uma revisão organizacional, uma análise documental e uma entrevista semi estruturada forneceram subsídios para avaliar a forma como está sendo conduzido o processo de descentralização e o que decorre disso. A enfermeira chefe, uma técnica de enfermagem, um membro do conselho municipal de saúde e a gestora municipal foram os atores entrevistados.

Constatou-se que a superação dos entraves frente ao processo de descentralização das políticas públicas de saúde no município de Sério passa por uma revisão do papel da gestão, pelo melhor aproveitamento de ferramentas como planejamento, avaliação, monitoramento, plano municipal de saúde, controle e Sistemas de Informação, capacitação, dentre outros.⁶

Também ficou claro que os desafios enfrentados no município em muito se assemelham aos desafios que a estruturação do SUS encontra na sociedade brasileira como um todo. Sério não está imune aos aspectos sócio-político-econômicos que estruturam a sociedade brasileira.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO

2.1 GESTÃO EM SAÚDE

No momento do surgimento do SUS enquanto Sistema Único de Saúde brasileiro é prudente a constatação de que esse sistema não tinha modelos com proporções parecidas à realidade brasileira que pudesse servir de referência, ainda assim é de consenso que desde aquele momento tem havido profundos ganhos a sociedade brasileira frente a tudo o que o SUS representa se comparado com o sistema de saúde vigente até aquele momento.

A criação do SUS rompe com um sistema de saúde que até então era organizado de forma dispersa, dividido em serviços municipais, estaduais, federais, em suma com vínculos diversos, logo com diferentes fontes de financiamento, formando uma estrutura pública de difícil mensuração seja em relação à forma como se estruturava bem como em relação aos serviços oferecidos.

Naquele momento o caráter de Sistema Único objetivado pelo SUS remetia muito mais a um conceito do que uma prática de fácil implementação, considerando uma realidade como a brasileira com uma dimensão continental, com diversas realidades geográficas, com enormes desigualdades sociais, com culturas variadas, um país com os mais variados vícios políticos como a corrupção, o assistencialismo, o déficit educacional acentuado e uma economia ainda frágil e dependente de capital externo.

Entende-se ainda que pelo fato de no momento da criação do SUS não haver modelos com proporções parecidas à realidade brasileira que pudesse servir de referência, não é nada anormal as possíveis dificuldades, desafios e outras questões dessa ordem que possam aparecer em propostas investigativas como a em questão, é interessante poder pensar sob a lógica de que todo desafio pode ser construtivo e

sem dúvida a criação de um sistema inédito tem gerado ganhos profundos a sociedade brasileira.

O termo gestão conceitualmente tem forte alinhamento com o conceito de administração. Ferreira (1997) faz um paralelo entre gestão e administração e postula que não há uma clara definição entre os dois termos e sua apreciação desenvolve a ideia de que a gestão seria mais apropriada para ações em bens privados e a administração sendo direcionada ao bem público. Seu estudo também mostra que mesmo na língua inglesa ou francesa essa indefinição permanece e o mesmo aconteceria na língua portuguesa. Verificando o dicionário Michaelis encontra-se a definição do termo gestão como ato de gerir, administrar, dirigir, enquanto que administração é definido como ato de administrar um governo, a direção de um estabelecimento, confirmando os apontamentos de Ferreira (1997).

No campo da gestão ambiental, a título de comparação, se encontra o entendimento de gestão como a administração do uso dos recursos ambientais, por meio de ações ou medidas econômicas, investimentos e potenciais institucionais e jurídicos, com a finalidade de manter ou recuperar a qualidade de recursos e desenvolvimento social.

Já no campo da saúde pública, objeto de investigação desse trabalho, o termo gestão é apontado por Scotti e Oliveira (1995) (*apud* BRASIL, 2011) “Gestão como a atividade e responsabilidade de comandar Sistema de Saúde (municipal, estadual ou nacional) exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria” é o que foi adotado pela Norma Operacional Básica do Sistema único de Saúde (NOB SUS 01/1996) e a lógica que embasa esse estudo (BRASIL 1996). 9

A gestão do SUS ainda se depara com uma nova concepção de saúde descentralizada e administrada democraticamente com a participação da sociedade organizada e com diferenças de responsabilidades entre Estado e Sociedade, assim como entre as distintas esferas de governo e gestão (BRASIL 2011).

Souza (*apud* BRASIL, 2011) fala de quatro grandes grupos de funções-macrofunções gestoras na saúde. São elas:

- 1- Formulação de políticas/planejamento envolvendo diagnóstico da necessidade de saúde, identificação de prioridades e a programação de ações;
- 2 - O financiamento;
- 3 - A coordenação, regulação, controle e avaliação;
- 4 - A prestação direta de serviços de saúde.

Barbosa e Carvalho (2010) entendem que uma gestão em saúde eficiente e eficaz perpassa uma série de atributos destacando os seguintes: a governança, que tange a capacidade de empoderamento do sistema de saúde frente as demandas; a profissionalização que remete a capacidade técnica; o financiamento, que compreende o volume de recursos adequados aos serviços ofertados; a gestão de pessoas, quantidade e formação adequada as exigências dos serviços oferecidos; a tecnologia da informação, visando processar, gerar e utilizar informações para o planejamento e organização do trabalho buscando a melhor medida para conduzir o processo gerencial.

Num universo de tanta complexidade parece uma conclusão óbvia que uma gestão sem planejamento seja pouco resolutiva e é isso que aponta Almeida (2010), ao afirmar de forma categórica que no Brasil, principalmente quando falamos de atenção básica em saúde, não há uma cultura de planejamento das ações, o que geralmente ocorre é o seguimento de políticas que já vinham sendo desenvolvidas por gestões anteriores, atitude que poderá levar o gestor a repetir erros e vícios perpetuados ao longo dos anos negligenciando ações de saúde necessárias e emergentes e que não estão sendo percebidas por falta de planejamento.

Ainda segundo Almeida (2010) isso ocorre, em parte, porque a mudança envolve inseguranças e grandes desafios. Dar sequência no que já vem sendo feito mudando apenas alguns pontos focais, é mais cômodo do que rever toda a polít¹⁰ planejar por “situação problema”, buscando uma gestão por resultados, focado nas reais necessidades da população.

Falando de alguns dos desafios da gestão no SUS França, Guerreiro, Araújo (2010) afirmam que para formular estratégias de promoção, organização, acompanhamento e avaliação da política de saúde é primordial análise da situação de saúde local, para o estabelecimento de ações e metas, compatibilizando-as com

os recursos disponíveis sendo importante diante da realidade apontada por estes três autores, a contribuição de Barbosa, Carvalho (2010) que ao falarem sobre questões de gestão, enfatizam que quanto melhor forem os dirigentes, melhor será a organização.

Por último e não menos importante a revisão literária traz o apontamento dos Autores Teixeira et al (2007) que ao discorrerem sobre os desafios da gestão no SUS destacam que o sistema depara o gestor com grandes desafios, como a falta de tempo para pesquisar por exemplo, envolvendo a equipe e a gestão num emaranhado de informações sobre leis, normas, portarias, decretos, programas e projetos prioritários, etc... que fazem com estes “por vezes, se sintam como capitães de navios sem rumo definido, sendo conduzidos ao invés de conduzir” .

Espera-se que esse estudo possa ser utilizado como instrumento de análise da situação local servindo como uma ferramenta a disposição da gestão e da comunidade para superar possíveis entraves que se apresentem nessa realidade.

2.1.1 Pacto pela Saúde

Foram definidas três dimensões no Pacto pela Saúde no ano de 2006: Pacto em Defesa do SUS, Pacto Pela Vida e Pacto de Gestão, tornando pertinente nesse momento expressar a intenção dos três componentes do referido pacto conforme definição da portaria GM/MS no 399, de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006 a) e portaria GM/MS Nº669 de 30 de março de 2006 (BRASIL 2006 b).

Antes de abordar cada uma das três dimensões do Pacto pela Saúde é conveniente lembrar o que dizem Fadel et al (2009), entre outros (FRANÇA, GUERREIRO, ARAUJO, 2010), ao afirmarem que este veio como opção para o enfrentamento de entraves regionais e operacionais do sistema, emergindo como uma importante estratégia de descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços em saúde, com vistas a maior equidade social, materializando-se através do “Pacto pela Vida, Pacto em Defesa dos SUS e Pacto de Gestão”.

Lembrar também que para França; Guerreiro; Araújo (2010) o Pacto pela Saúde emerge devido ao esgotamento de um modelo que visava normas gerais a um país tão grande e desigual, sugerindo a redefinição e aperfeiçoamento de responsabilidades sanitárias e de gestão.

As portarias que regulamentam o Pacto pela Saúde são a Portaria GM/MS nº399, de 22 de fevereiro de 2006 e a portaria GM/MS e a portaria nº 669 de 30 de março de 2006 (BRASIL 2006 a, BRASIL 2006 b), indicam o necessário esforço conjunto dos três gestores (municipal, estadual e federal) para se transformar em prática tudo o que está normatizado.

A portaria nº399, de 22 de fevereiro de 2006 (Brasil 2006 a) foi lançada como forma de operacionalizar o Pacto pela Saúde, logo na sequência, ainda no mesmo ano, foi lançada a portaria nº 669 de 30 de março de 2006 (Brasil 2006 b), que se responsabilizou por regulamentar as diretrizes operacionais dos pactos Pela Vida e de Gestão.

As diretrizes constantes nas portarias acima citadas tratam basicamente da afirmação dos princípios do SUS preconizados na “Lei Orgânica da Saúde”, a saber: universalidade do acesso, integralidade da atenção, descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo e controle social, estabelecendo formas de concretização desses princípios através da regionalização e dos instrumentos de planejamento e programação como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada Integrada (PPI) possibilitando a reorganização dos processos de gestão e de regulação do sistema de saúde com vistas a melhorar e qualificar o acesso do cidadão às ações e serviços de saúde (BRASIL 2006 a; BRASIL 2006 b).

2.1.2 Pacto em Defesa do SUS

O Pacto em Defesa do SUS expressa: “O compromisso entre os gestores do SUS com o desenvolvimento e a articulação de ações que visem qualificar e assegurar o SUS como política pública”. É um componente que visa tornar o SUS uma política de Estado mais do que uma política de Governos, exigindo que o gestor saia da discussão setorial levando a discussão sobre as políticas públicas de saúde para a sociedade organizada. Sendo o financiamento público da saúde um dos pontos centrais do Pacto em Defesa do SUS.

Basta olhar um pouco para a realidade política brasileira e logo se perceberá que falar em política de Estado é um grande desafio para o processo de descentralização do SUS, já que é de conhecimento geral o quanto o Brasil é ainda uma sociedade onde prevalece a política partidária, de grupos, uma política corrupta, assistencialista, onde promover a consciência crítica não é o principal atributo, antes sim uma política alienadora que resulta na sobreposição do interesse público pelo privado e a consequência disso são instituições sociais frágeis, corrompidas, que ao invés de promover a autonomia, a liberdade, a democracia, ao contrário sustentam a dominação, a alienação, a desigualdade e a ignorância não cidadã. Então não é suficiente romper com a política de governos em favor da política de Estado, visto que no Brasil ainda é preciso discutir qual Estado estivemos construindo no transcorrer da história.

2.1.3 Pacto Pela Vida

O Pacto pela Vida expressa: “o compromisso dos gestores do SUS em torno de prioridades, estabelecidas através de metas nacionais, estaduais ou municipais, que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira”. Esse componente agrega um conjunto de compromissos sanitários, expressos em

processos e resultados que emergem da análise da situação de saúde da população e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais, representando uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados, contemplando a explicitação dos compromissos orçamentários e financeiros despendidos para o alcance desses resultados (BRASIL 2006b).

Pensando o Pacto pela Vida na realidade municipal se percebe que é uma estratégia que reforça a necessidade de comprometimento da gestão, fala em compromissos sanitários expressos em processos e resultados que devem ter a análise da situação de saúde local como referência, tendo também o compromisso de prestar contas sobre os dispêndios financeiros resultantes disso.

Pode-se dizer que é uma estratégia que exige do gestor o comprometimento com a realidade local de saúde buscando resultados pertinentes a necessidade que emerge dessa realidade e também comprometida com a adequada aplicabilidade dos recursos públicos, já que é de praxe o discurso político de que o financiamento em saúde é insuficiente e agora não bastará essa queixa, terão também responsabilidades claras e obrigatórias no sentido de especificar como estão sendo gastos os recursos disponíveis e os resultados obtidos com isso.

2.2. DIMENSÃO PACTO DE GESTÃO

O Pacto de Gestão estabelece “diretrizes para a gestão do sistema 14 aspectos de Descentralização, Regionalização, Financiamento, Planejamento Programação Pactuada e Integrada, Regulação, Participação social e Gestão do Trabalho”. Contempla os princípios do SUS previstos na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8080/90 (BRASIL 1988, BRASIL 1990, BRASIL 2006 a, BRASIL 2006 b).

2.2.1 Descentralização e Regionalização

O processo de descentralização prevê que ocorra a transferência de atribuições do Ministério da Saúde para os estados e municípios, de forma articulada e organizada, acompanhado da desburocratização dos processos normativos, reforçando a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo as Comissões Intergestores Regionais (CIR).

Percebe-se que a criação das Comissões Intergestores Regionais (CIR) pode ser considerada estratégica dentro do processo de descentralização, pois permite que os gestores de uma mesma região de saúde comecem a discutir conjuntamente suas realidades de saúde a fim de traçar estratégias e políticas de saúde que contemplem a resolução de situações problemas regionais.

Os modelos organizacionais a serem implementados serão definidos pelos estados e municípios de acordo com cada realidade, portanto os gestores estaduais e microrregionais passam a desempenhar um papel relevante na análise da situação de saúde, na elaboração de propostas de intervenção e no estabelecimento dos mecanismos para melhorar a gestão e regulação do sistema (BRASIL 2005).

Essa estratégia de regionalização renderia bons frutos na questão da adequabilidade das políticas de saúde à realidade de cada região, contudo para que isso seja viável será imprescindível a cooperação dos gestores na formação de CIRs competentes e comprometidas com o propósito de moldar uma região de saúde que contemple a integralidade de assistência e a garantia de acesso dos usuários aos serviços sempre que esses necessitarem.

A Comissão Intergestores Regional (CIR) exercerá papel fundamental no processo de regionalização, uma vez que essa elaborará um Plano Diretor de Regionalização (PDR), organizado por cada região de saúde, visando melhorar o acesso aos serviços, através de estabelecimento de referências para encaminhamento de pacientes, observando-se a economia de escala e a qualidade da atenção, formulando redes de atenção à saúde em cada base territorial. O Pacto de Gestão não propõe nenhum desenho ou modelo padrão de região de saúde,

esse será o papel dos gestores, que de forma conjunta definirão qual será a região de saúde mais adequada e que garanta o acesso com qualidade às ações e serviços de saúde (BRASIL 2006 c).

A regionalização envolverá diferentes territórios sanitários, compreendendo desde a micro-área de abrangência de um agente comunitário de saúde, a área de abrangência de uma Equipe de Saúde da Família ou de uma Unidade Básica de Saúde, até as regiões de saúde em que essas se encontram inseridas, compreendendo o território suficiente para atender as necessidades de saúde da população, inclusive no que tange a média complexidade, ficando por conta da macrorregião os serviços de média complexidade de mais alta densidade tecnológica e os serviços de alta complexidade (BRASIL 2006 a, BRASIL 2006 b).

Conforme o exposto pelos autores no parágrafo acima, percebe-se que a concretização da regionalização perpassa um planejamento em saúde efetivo desde a sua base, ou seja, iniciando pela rede de serviços local e se estendendo até a alta complexidade.

Então não é um exagero a concepção fomentada em Brasil (2006 c) ao remeter para o fato de que a regionalização expressa uma mudança de cultura, da regionalização espacial para a regionalização da saúde, auxiliando na construção de redes de atenção á saúde efetivas.

2.2.2 Financiamento e Planejamento

O financiamento do SUS continuará sendo de responsabilidade das três esferas de gestão. Apenas ocorrerá a mudança no repasse financeiro para custear ações e serviços de saúde, advindo da esfera federal que passa a ser baseado em cinco blocos de financiamento: “atenção básica/primária, atenção de média e alta complexidade, vigilância em saúde e assistência farmacêutica e gestão do SUS”.

objetivando assim uma maior autonomia para alocação dos recursos de acordo com as metas e prioridades estabelecidas pela gestão local (BRASIL 2006 a, BRASIL 2006 b).

O financiamento do SUS, sempre acaba sendo um assunto muito discutido e polêmico, tendo em vista que os municípios muitas vezes investem mais de 15% de sua receita em saúde, enquanto os Estados e a União a maioria das vezes não cumpre com o estabelecido pela legislação. É de conhecimento de todos que a Emenda Constitucional 29, já promulgada há alguns anos até hoje não está sendo cumprida pelos entes estaduais e pela esfera federal. Então o grande questionamento que se impõe é: Será que a descentralização preconizada pelo Pacto de Gestão virá acompanhada de recursos para sua execução? Isso poderá se configurar em um entrave significativo na condução da descentralização de saúde para os municípios (BRASIL 2000).

O planejamento é a arma para enfrentar a precariedade de financiamento do SUS, fazendo mais e gastando menos, devendo ser assumido como referência para a gestão do SUS, sendo ferramenta essencial para o desenvolvimento do trabalho, para tanto se indica a adoção do planejamento estratégico, tendo em vista que ele fornece maior clareza para a tomada de decisão da gestão, mantendo-se a observância do controle social na construção das políticas do SUS (BRASIL 2006c).

As decisões dos gestores sobre quais ações desenvolver é fruto das percepções de prioridades de governo e dos interesses da sociedade, motivados pela busca de soluções para os problemas da população, visando ao alcance de melhor qualidade de vida, maiores níveis de saúde, bem-estar e apoio ao desenvolvimento social. O Plano Municipal de Saúde deve ser o resultado de ¹⁷ planejamento devendo ser constantemente monitorado e avaliado possibilitando que o gestor, profissionais e a sociedade acompanhem a execução das ações, sua eficácia e efetividade, servindo também para que se possa indicar novos caminhos quando necessário.

O que se percebe muitas vezes é a inobservância do plano de saúde, como ferramenta para o planejamento estratégico, por parte dos gestores municipais, o plano de saúde existe apenas como forma de cumprir a legislação, mas muitas

vezes não é utilizado como um instrumento essencial para a correta condução do processo de gestão.

Mais uma vez a literatura aponta para a importância da gestão na estruturação de um sistema de saúde. Em suma o papel da gestão está diretamente ligado a eficácia ou ineficiência do sistema de saúde oferecido à comunidade.

2.2.3 Programação Pactuada e Integrada

A Programação Pactuada e Integrada (PPI) procura abranger as várias áreas da atenção à saúde, em coerência com o planejamento, considerando as definições expressas nos planos de saúde e as possibilidades técnicas dos municípios. Para tanto se faz necessário a análise da situação de saúde, a fim de reconhecer necessidades da população e definir as prioridades da política de saúde em cada esfera, não apenas na sua dimensão assistencial (promoção e prevenção), mas também buscando coerência das propostas contidas na programação com os demais instrumentos de planejamento. Nesse sentido, as diretrizes da PPI devem enfatizar as prioridades definidas nos planos de saúde, bem como as definições do Termo de Compromisso do Pacto de Gestão (BRASIL 2006 c).

Sabe-se que a PPI no Estado do RS ainda não está concluída e sua conclusão depende, em parte, da conscientização da atenção básica quanto a necessidade de utilização do plano de saúde como instrumento de gestão para a construção de caminhos para a estruturação de redes de atenção a saúde efe

18

Também visa à integralidade da atenção à saúde propondo-se a montagem de uma rede de serviço regionalizada e hierarquizada, por meio do planejamento, programação e regulação, garantindo assim o acesso da população a todos os níveis de atenção, da forma mais racional possível (BRASIL 2005).

A atenção básica age como protagonista no processo de organização do sistema de atenção a saúde, através da garantia da longitudinalidade do cuidado, afirmando-se como porta de entrada do sistema e responsabilizando-se pela

garantia de acesso aos demais níveis assistenciais quando pertinente. Portanto a programação e o planejamento da atenção devem ser ações de saúde prioritárias que visem garantir as referências em prol da garantia de assistência à urgência e emergências e ações de maior complexidade tecnológica (BRASIL 2005).

2.2.4 Garantia de Referência Intermunicipal de acordo com a PPI e Execução das ações de Referência Regional sob sua responsabilidade em conformidade com a PPI

A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, que deve se responsabilizar pela coordenação do processo de construção da PPI da atenção em saúde, do processo de regionalização e do desenho das redes, junto aos municípios (BRASIL 2006c).

As Comissões Intergestores Regionais estão discutindo formas operacionais para a consolidação das suas regiões de saúde nos aspectos de organização e funcionamento das ações e serviços, articulados em redes de atenção, visando integrá-lo e a partir dessas regiões será concluída a PPI pela gestão estadual, portanto nada foi concluído ainda, exigindo que as Comissões Intergestores Regionais se mobilizem para que a PPI possa ser estruturada.

2.2.5 A Regulação e a Participação social na Gestão do Trabalho

19

A regulação dos prestadores de serviço deverá ser feita pela gestão municipal aos serviços sob sua responsabilidade, observando a pactuação realizada pelo Termo de Compromisso e respeitando os princípios: da descentralização, municipalização e comando único; da busca da escala adequada e da qualidade; considerando a complexidade da rede de serviços locais; considerando a efetiva capacidade de regulação; considerando o desenho da rede estadual da assistência e a primazia do interesse e da satisfação do usuário do SUS (BRASIL 2006 c). Para

que haja a efetiva regulação é necessária a implementação de um sistema de controle, auditoria e avaliação (BRASIL 2005).

O controle social é um princípio do SUS, garantido pela Lei n.º 8.142/90, sendo realizado pela ação dos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde (Brasil 1990), é uma das possibilidades de participação da comunidade que qualifica e compõe a gestão participativa do SUS (BRASIL 2005).

Os gestores tomarão decisões e assumirão responsabilidades mediante o consentimento do controle social, no que se refere a regionalização dos serviços de saúde, visando ações de planejamento locais e regionais (BRASIL 2005).

Diante disso é urgente a conscientização e o empedramento da sociedade, para que ela possa exercer de forma competente o seu papel na condução da gestão do trabalho a nível municipal.

Schneider et al (2009) destacam que embora o controle social para o sistema já esteja perpetuado, tendo em vista os avanços já conquistados pela participação cidadã no decorrer dos 20 anos de SUS, ainda perduram fragmentos de uma cultura ultrapassada na qual existem cidadãos que acham que as decisões devem ficar com os “entendidos” e ao “povo” cabe aceitá-las. O pior é que há gestores que fazem da máquina pública um meio de atender aos interesses de grupos particulares e políticos, em detrimento dos direitos da coletividade.

20

2.2.6 Implementação dos Sistemas de Informação

A importância do fortalecimento da atenção básica consiste em descentralizar responsabilidades e atribuições aos estados e municípios nesse sentido França; Guerreiro; Araújo (2010), destacam que a condução exitosa do processo de descentralização perpassa entre outros aspectos pela incorporação tecnológica.

Uma forma inteligente e inovadora de se planejar, monitorar e avaliar serviços de saúde, talvez seja a incorporação de novas tecnologias ao processo.

Sá (2002) ressalta que os Sistemas de Informação são instrumentos importantes que disponibilizam dados fundamentais para a construção de indicadores de saúde, sendo peças chaves para o planejamento e contribuindo sobremaneira para o efetivo processo de descentralização e municipalização, que visa cada vez mais fortalecer a atenção básica.

Uma exigência para o bom aproveitamento dessas Tecnologias de Informação é a disponibilidade de recursos humanos qualificados para sua operacionalização, tendo em vista que a falta desses tornará as informações ociosas e sem significância. Seguindo essa lógica Sá (2002) enfatiza que dados e informações sem a devida interpretação de nada servirão, tendo em vista que eles não falam por si próprios.

Sá (2002) afirma que as políticas de saúde no Brasil não são baseadas em evidências, pois mesmo com infinitos recursos disponibilizados pela Tecnologia da Informação, persiste a baixa utilização dessas ferramentas para fins de planejamento, monitoramento e avaliação em saúde.

2.2.7 Implementação da Auditoria e da Ouvidoria

A auditoria aborda um conjunto de técnicas que visam avaliar processos, resultados e a aplicação de recursos financeiros, confrontando uma situação encontrada com critérios técnicos, operacionais ou legais. Auditar significa controlar, focar a melhor alocação de recursos, evitar e corrigir desperdícios, irregularidades, negligências e omissões, buscando comprovar a legalidade e a legitimidade dos atos e fatos, além de avaliar os resultados alcançados quanto aos aspectos de eficiência, eficácia e efetividade da gerência e da gestão dos serviços (BRASIL 2006c).

Para a implementação da ouvidoria há ainda que se criar possibilidades de participação da comunidade, para além dos Conselhos e Conferências de Saúde, com vistas à avaliação dos serviços ofertados e a forma de gestão das unidades de

saúde. A criação de ouvidorias municipais seria um estímulo ao empoderamento da sociedade na condução dessas questões (BRASIL 2006 c).

As gestões municipais podem formular projetos para implementação da auditoria e ouvidoria, garantindo assim recursos financeiros federais através do incentivo da Política Participa SUS (BRASIL 2010).

2.2.8 Monitoramento e Avaliação - Monitorar e fiscalizar a execução de procedimentos por meio do controle e avaliação ambulatorial

Para Figueiredo e Tanaka (1998) entre outros (BRASIL 2006c) a avaliação trata de um conjunto de ações que permite emitir um juízo de valor sobre algo que está acontecendo (sendo observado) a partir de uma situação considerada ideal e desejável. Avaliar consiste em atribuir um valor ao encontrado a partir do esperado, visando à aprovação ou reprovação das medias que estão sendo implantadas. Assim, a avaliação pode se constituir em uma ferramenta para se fazer fiscalização, controle, auditoria, planejamento e re-planejamento, melhorar o desempenho e qualidade dos serviços ofertados a população.

Para ocorrer a implantação de monitoramento e avaliação é necessário a construção de indicadores do que será avaliado, pois eles poderão traduzir as dimensões alcançadas pelas ações implementadas indicando a necessidade de ajustes (JANUZZI 2006). 22

A avaliação deve ser vista como uma estratégia de revisão organizacional, visando uma análise de eficiência da capacidade instalada, dentro desse processo o planejamento e o monitoramento devem ocupar um lugar de destaque, pois são características orientadoras para qualquer estratégia de avaliação (FIGUEIREDO, TANAKA 1998).

Fica evidente a importância da avaliação enquanto ferramenta que viabiliza uma espécie de “fotografia” da organização com todos os dados necessários para que se averigüe se ela está em acordo com aquilo que se propõe dentro do SUS,

bem como verifique se as metas almejadas foram alcançadas, subsidiando o replanejamento das ações e prioridades.

3 A SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÉRIO E A CONDUÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

A estrutura física da Unidade Básica de Saúde (UBS) compreende um prédio alugado, de propriedade do hospital, que é composto por dois pisos, na parte de baixo funciona a Unidade Básica de Saúde e a Secretaria da Saúde que dividem o mesmo espaço. Na parte superior funcionam os serviços de nutrição, fisioterapia e psicologia, sendo que o espaço sofreu algumas adequações a fim de garantir acesso a pessoas com necessidades especiais, como a adequação das portas, construção de rampas, colocação de pisos anti-derrapantes.

Conforme manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família os imóveis podem ser alugados desde que contemplem uma estrutura física adequada para a realização das atividades e a facilidade de acesso ²⁴ s usuários (BRASIL 2008). Portanto não há problemas quanto ao prédio da Unidade Básica de Saúde não ser de propriedade do município.

Faz parte da estrutura física do município também um prédio, de sua propriedade, ocupado pela saúde bucal com uma estrutura que não garante acesso a pessoas com algum tipo de necessidade especial, pois contém grande quantidade de escadas. Conforme RDC 50 (Brasil 2002) é necessária haver uma estrutura física que garanta acesso a pessoas com algum tipo de necessidade especial, bem como a devida climatização dos ambientes onde são desenvolvidas as ações de saúde.

A Secretaria da Saúde do município de Sério é responsável pela condução do processo de gestão dos serviços da Unidade Básica de Saúde que contempla uma Estratégia de Saúde da Família e uma Equipe de Saúde Bucal, responsabilizando-se ainda pela condução do serviço de assistência social, tendo em vista que as dimensões: saúde e assistência social no município são de responsabilidade de uma única secretaria.

Para cuidar da gestão desses serviços a secretaria conta uma sala dentro da unidade básica de saúde onde trabalham o secretário municipal de saúde e uma técnica de enfermagem que exerce funções administrativas.

De acordo a “lei orgânica da saúde” no âmbito municipal a direção do Sistema único de Saúde deverá ser exercida por uma Secretaria de Saúde. Esta deverá definir objetivos, finalidade, atribuições, cargos, estrutura organizacional, estabelecer estratégias e mecanismos de coordenação e gestão do SUS; fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento de ações e serviços próprios, conveniados e contratados pelo SUS; participar diretamente na organização das Conferências de Saúde e do Plano Municipal de Saúde, instrumento que fixa políticas, diretrizes e metas de governo na área da saúde, sendo esse um importante instrumento de planejamento que expressa a vontade política do gestor (BRASIL 1990 a).

Além dos serviços já mencionados o município conta ainda com um Hospital de Pequeno Porte (HPP), uma entidade filantrópica, que não se encontra sob sua gestão, apenas ocorre a contratação dos seus serviços mediante convênio.

25

O município tem condições a partir de sua estrutura de se respons apenas pela atenção básica à saúde de seus munícipes e os casos de complexidade que não podem ser resolvidos pela UBS são encaminhados ao Hospital de Caridade São José, que trata-se de um Hospital de Pequeno Porte (HPP) situado no município e os serviços de maior complexidade são hierarquizados e regionalizados dentro da rede do Sistema único de Saúde.

Os recursos humanos disponíveis para a condução do serviço da Estratégia de Saúde da Família são: O gestor municipal de saúde que também ocupa a função de gerenciar a unidade de saúde, um médico clínico geral, seis agentes

comunitários de saúde, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e um auxiliar administrativo. Já os recursos humanos disponibilizados para a equipe da saúde bucal são: um técnico em higiene dental, um auxiliar de consultório dentário e um dentista. Cabe ressaltar que todos esses profissionais tem uma carga horária de 40 horas semanais e possuem concurso público.

Baseados no que preconiza a legislação, observa-se que tanto a equipe de saúde da família existente no município, bem como a equipe de saúde bucal está em acordo com as recomendações legais sobre o mínimo de profissionais necessários em cada equipe.

Além dos profissionais que trabalham na Estratégia de Saúde da Família e na Equipe da Saúde Bucal o município conta ainda com outros que desempenham o trabalho dentro da Unidade Básica de Saúde, que são: um enfermeiro com contrato de 40 horas semanais, dois dentistas com contrato de 20 horas semanais cada um, um fisioterapeuta concursado com 20 horas semanais, um nutricionista e um psicólogo concursados também com 20 horas semanais cada.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Essa pesquisa tratou-se de um estudo de caso com uma abordagem qualitativa dos dados.

O universo dessa pesquisa foi o processo de descentralização das políticas públicas de saúde, a população abrangeu a gestão, os profissionais de saúde e o controle social do SUS e a amostra elencou o setor saúde do município de Sério sendo composta, pelo gestor municipal, dois profissionais de saúde e um membro do conselho municipal de saúde. Dentre os profissionais de saúde foram entrevistados o enfermeiro responsável técnico pela unidade básica de saúde, que trabalha no serviço há nove anos e o técnico de enfermagem com mais de dez anos de atuação na função e do controle social fez parte da amostra o secretário do conselho municipal de saúde.

Optou-se por selecionar uma amostra intencional que elencasse sujeitos-chaves que deveriam estar diretamente envolvidos na construção da pactuação do Termo de Compromisso do Pacto pela Gestão, obtendo-se assim uma e) ²⁷ analítica ao estudo.

A revisão da Literatura, uma análise documental e uma entrevista estruturada forneceram subsídios para avaliar a forma como está sendo conduzido o processo de descentralização e o que decorre disso.

O instrumento utilizado para a coleta de dados encontra-se no anexo B desta pesquisa.

A estratégia de convencimento dos sujeitos ocorreu através de uma reunião onde foi explicado o objetivo da pesquisa. Respeitando-se os aspectos éticos, os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) em duas vias, contendo explicações relevantes sobre a pesquisa, ficando um em poder da pesquisadora e a outra com o participante, termo este que consta no anexo A deste estudo. As entrevistas ocorreram no local de trabalho dos sujeitos, mediante prévio agendamento de horário, foram gravadas para posterior transcrição e análise.

A técnica adotada para análise dos dados foi a análise documental e análise de discurso.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 ANÁLISE DOCUMENTAL: TERMO DE COMPROMISSO DO PACTO DE GESTÃO DO MUNICÍPIO DE SÉRIO

O Pacto de Gestão que formaliza o Pacto pela Saúde nas suas dimensões Pacto pela Vida e Pacto de Gestão, originou um Termo de Compromisso que estabelece responsabilidades sanitárias à gestão nas três esferas governamentais. A assinatura do referido documento representa o comprometimento público de todos os gestores para com a comunidade que representam (BRASIL 2006b).

O Termo de Compromisso estrutura-se a partir de quatro campos que se subdividem em uma série de subcampos correspondendo as pactuações firmadas pelo município ao assinar esse documento em junho de 2011.

Correspondem aos quatro campos centrais do Termo de Compromisso:

1. Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS
2. Regionalização
3. Planejamento e Programação
4. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

29

Dentre as pactuações firmadas cujo prazo para realização era dezembro de 2011 o município não conseguiu implementar o monitoramento e avaliação que estão dentro do campo das Responsabilidades Gerais da Gestão d SUS. Também não conseguiu cumprir uma pactuação do campo da Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria que trata da Implementação da auditoria sobre toda produção dos serviços de saúde públicos e privados sobre sua gestão.

As demais pactuações redigidas a seguir remetem as que o município definiu como já realizadas, sendo elas relatadas abaixo conforme os específicos campos a que pertencem.

No campo Das Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS:

1. A integralidade da atenção;
2. A promoção da saúde;
3. Garantia de atendimento a urgência e emergência;
4. Planejamento, Programação Pactuada e Integrada;
5. Investimento em áreas prioritárias;
6. Vínculo e responsabilização com a população de seu território;
7. Humanização no atendimento;
8. Acesso a serviços de atenção especializada;
9. Vigilância em saúde (sanitária, epidemiológica e ambiental).

No campo da Regionalização:

- 1- A construção e fortalecimento da regionalização onde o município participa do colegiado da gestão regional (CIR), estando implicado em projeções prioritárias dentro de sua região de saúde. 30

No que se refere ao Planejamento e Programação:

1. Formulação de um plano municipal de saúde submetido a aprovação do conselho municipal de saúde;
2. Formulação de uma política municipal de atenção a saúde com ações intersetoriais voltadas para promoção da saúde;

3. Elaboração do relatório anual de Gestão;
4. Operacionalização do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB);
5. Operacionalização do Sistema de Informação de Agravos de Notificação Compulsória (SINAN);
6. Operacionalização Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI);
7. Operacionalização do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
8. A responsabilização pela coordenação de atividades de informação, educação e comunicação no ambiente de trabalho;
9. A regulação, controle, avaliação e auditoria entendendo que já realiza o monitoramento e avaliação da aplicação de recursos financeiros da transferência regular e automática fundo-a-fundo e dos convênios;
10. A identificação dos usuários do SUS sob sua responsabilidade para planejamento e sistematização da oferta dos serviços;
11. A manutenção da atualização dos dados cadastrais do CNES;
12. A adoção de protocolos de regulação de acesso, controle dos serviços de referências em outros municípios.

Quanto a Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria:

- 1- Promoção de condições materiais, técnicas e administrativas para ³¹ funcionamento do conselho municipal da saúde;
- 2- Organização e promoção das conferências municipais da saúde;
- 3- Promoção de ações de informação e reconhecimento sobre o SUS para a população em geral e apoio ao processo de educação popular em saúde.

Também existem pactuações assumidas pelo município cujo prazo final para realização é dezembro de 2012, sendo elas representadas no quadro que segue.

QUADRO 1: Responsabilidades pactuadas e cronograma para a realização

CAMPO	PACTUAÇÕES	PRAZOS
Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS	Serviços de referência intermunicipal com garantia dessas referências de acordo com a Programação Pactuada e Integrada da atenção a saúde	Outubro de 2012
	Garantia de estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, de acordo com as normas técnicas vigentes.	Dezembro de 2012
Regionalização	Executar as ações de referência regional sob sua responsabilidade em conformidade com a Programação Pactuada e Integrada da atenção.	Agosto de 2012
Planejamento e Programação	Sistema de Informação sobre nascidos vivos SINASC.	Agosto de 2012
	Sistema de Informação sobre mortalidade SIM.	Agosto de 2012
	Sistema de Informação Hospitalar SIH.	Agosto de 2012
Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria	Monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de controle e avaliação ambulatorial.	Agosto de 2012
Participação e Controle Social	Implementar ouvidoria municipal com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS.	Agosto de 2012

Fonte: Termo de Compromisso de Gestão do Município de Sério

32

5.2 ANÁLISE DE DISCURSO

A primeira questão abordada pela entrevista buscou saber dos entrevistados quais requisitos e desafios que o município se depara na Gestão em Saúde.

Frente a esse questionamento a Secretária do Conselho Municipal de saúde citou como requisito para uma boa gestão em saúde.

“...o gestor ser uma pessoa capacitada que esteja por dentro daquilo que é feito na área da saúde.....”

E como desafio “...manter uma linha de trabalho específica e que atenda as necessidades de todos.”

A Secretária do Conselho Municipal de Saúde fala em capacidade como requisito para uma boa gestão não esclarece, contudo, o conceito de capacidade e como desafio fala em manter uma linha de trabalho específica sem uma definição clara também.

Já a Gestora Municipal não mencionou nenhum requisito, destacando apenas os desafios:

“informatização, mais profissionais médicos, mais equipe de enfermagem, mais profissionais para trabalhar com organização”,

A visão da Gestora corrobora com a visão da Enfermeira:

“... primeiro lugar ter uma boa disponibilidade de recursos humanos, que eu acredito isso não é uma critica, mas deveria ser mais bem organizado nosso município... nossos recursos humanos estão escassos..”

A Técnica em Enfermagem ratifica as falas da Gestora e da Enfermeira:

“...a gente deveria investir mais no atendimento com o público, ampliando mais o quadro de profissionais, porque a gente está defasado na questão de profissionais, principalmente médicos e na área de nível médio também”

A gestão técnica amplamente propagada pelos defensores do SUS não ocorre no município. A Gestora tem ensino médio completo e não tem formação específica para o cargo, sua área de atuação dentro do serviço público, sempre outra, nunca no campo da saúde.

Avaliar o porquê da gestão não ser técnica vai além da consideração de que é uma postura política local, afinal mesmo esta consideração remete a necessidade de se considerar questões mais amplas como as sociais, culturais, econômicas, políticas, ideológicas que estruturam a sociedade brasileira.

Sabe-se que a integralidade da atenção à saúde remete a uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada tendo como princípio o planejamento, programação e regulação, garantindo assim o acesso da população a todos os níveis de atenção, da forma mais racional possível.

Procurando saber de que forma é pensado e organizado o planejamento em saúde, bem como as formas de monitoramento e avaliação das ações planejadas, os sujeitos foram questionados sobre quais formas de planejamento, monitoramento e avaliação o município tem adotado.

Frente ao questionamento a Secretaria do Conselho Municipal da Saúde respondeu:

“O planejamento é feito de acordo com as necessidades e prioridades do município e de acordo com aquilo que é exigido pelos órgãos superiores.... e o monitoramento e avaliação é feito pelo próprio conselho de saúde...”

Já a Gestora municipal citou:

“planejamento através de cronogramas, com a equipe com os profissionais avaliação interna pela equipe de saúde e avaliação dos usuários através do conselho municipal da saúde.”

A resposta da Técnica em Enfermagem é totalmente divergente, ela afirma que:

“A gente não tem uma participação direta nisso, o planejamento parte mais da gestora, mas são levadas algumas coisas em reunião de equipe, os planejamentos e avaliações somente às vezes são feitos pela equipe”.

Apenas a Enfermeira citou como forma de planejamento o plano municipal de saúde:

“Nós organizamos a cada quatro anos o nosso plano municipal da saúde, onde a cada ano a gente revisa ele e a gente faz as adequações pro ano, nós temos o nosso conselho municipal de saúde, que é aonde a gente também consegue averiguar cada assunto e ver se tudo tá saindo conforme o planejado...”

Sabe-se que o ponto chave para a condução exitosa da gestão em saúde é o planejamento que deve ser muito bem elaborado principalmente em sistemas descentralizados onde as decisões de áreas prioritárias a investir ficam por conta da gestão local.

O sub-aproveitamento de ferramentas como o planejamento, que a literatura aponta como arma para enfrentar a precariedade financeira tão propagada nos discursos envolvendo saúde pública por si só já é um complicador. Além da questão financeira está também a questão de elencar prioridades, definir estratégias, mapear necessidades, todas questões centrais na definição de quais serviços são prioritários frente a realidade de saúde pública do município.

É interessante lembrar o que disse Almeida (2010), ao afirmar de forma categórica que no Brasil, principalmente quando falamos de atenção básica em saúde, não há uma cultura de planejamento das ações, o que geralmente ocorre é o seguimento de políticas que já vinham sendo desenvolvidas por gestões anteriores ³⁵ atitude que poderá levar o gestor a repetir erros e vícios perpetuados ao longo de anos negligenciando ações de saúde necessárias e emergentes e que não estão sendo percebidas por falta de planejamento.

Considerando como válidos também os apontamentos de Figueiredo, Tanaka (1998) se observa que ferramentas como a avaliação e monitoramento também estão sendo sub-aproveitadas repercutindo sobre os serviços oferecidos já que é um elemento estratégico enquanto ferramenta de revisão organizacional estando implicada também com o planejamento e replanejamento, fiscalização, controle e auditoria.

Qualquer confusão sobre funções de monitoramento e avaliação, interferem na elaboração dos indicadores daquilo que se quer avaliar, dificultando a clareza sobre as dimensões alcançadas pelo serviço de saúde bem como a questão de ajustes, função essencial frente a uma complexa realidade do campo de saúde pública como o SUS que estrutura-se a partir de um conceito ampliado de saúde.

Outra questão evidenciada é que não está claro para os atores que o plano de saúde é uma ferramenta de planejamento estratégico, que explicita prioridades, objetivos, metas e permite a análise situacional de cada realidade e depende disso a maior ou a menor resolutividade do fazer saúde. Não menos preocupante é a fala que aponta para o planejamento como ação exercida pela própria gestão.

Importante também é considerar o fato de que a PPI (Programa de Pactuação Integrada) no Estado do RS ainda não está concluída e sua conclusão depende, em parte, da conscientização da atenção básica quanto a necessidade de utilização do plano de saúde como instrumento de gestão na construção de caminhos para a estruturação de redes de atenção a saúde efetivas. Diante disso não é descabida qualquer preocupação que envolva as Comissões Intergestores Regionais, visto que se sabe que a organização regional do campo da saúde perpassa pela forma como são organizados e entendidos os serviços na instância municipal. Saber quais devem ser as referências regionais passa pelo conhecimento de quais são as necessidades municipais.

Há evidências fortíssimas da falta de clareza sobre o papel do Conselho Municipal de Saúde no sistema municipal, comprometendo as garantias sociais do direito do cidadão no SUS. Conforme abordado na revisão da literatura é intrínseco a sociedade brasileira vícios políticos, alienação, desigualdade social, injustiça, portanto ações que fortaleçam a consciência coletiva sobre o verdadeiro papel do controle social é um dos desafios que o município ainda se depara.

Considerando que a Gestora Municipal em saúde também ocupa a função de gestora da UBS do município coordenando também o serviço de assistência social, é razoável se pensar em sobrecarga de trabalho. A literatura aponta para o fato de que é comum os gestores se depararem com a falta de tempo para ler, pesquisar, estudar e a consequência é um cenário onde o gestor e a equipe de saúde se

deparam com um emaranhado de informações sobre leis, normas, portarias, decretos, programas e projetos prioritários fazendo do gestor um capitão de navio sendo conduzido muito mais do que conduz.

Dando seguimento passa-se agora ao relato sobre como estão planejando a descentralização das políticas de saúde baseadas no Pacto de Gestão, para tanto é pertinente saber o que cada sujeito conhece sobre o referido Pacto e seu respectivo Termo de Compromisso.

Frente a esse questionamento a secretaria do Conselho Municipal da Saúde não soube responder o que é o Pacto de Gestão, o confundindo com o Plano Municipal de Saúde:

“ ..é aquele pacto que é feito, onde são assumidas, pactuadas metas, número de ações que são desenvolvidas dentro da área da saúde pela própria secretaria pela equipe de saúde,.... as metas são pactuadas e são dentro do prazo estipulado cumpridas pela própria equipe de saúde, pelos ACS, por todos que trabalham nessa área”.

A Técnica em Enfermagem afirmou não ter clareza sobre o referido Pacto:

“Sei muito pouco, porque só foi levado para a reunião de equipe que o Pacto seria passado para os municípios assumirem e que querendo ou não os municípios precisariam assumir e ponto final, foi o que os gestores passaram para nós, mas eu não tive nenhum contato direto com a pactuação.”

37

A Gestora municipal:

“O Pacto de Gestão é um grande desafio, hoje se vou te falar a verdade nenhum município sabe certo o que vai ser o Pacto de Gestão, porque assim foi determinado em assumir e orientações muito poucas, as responsabilidades vão ser maiores para o município....E o Termo de Compromisso como a gente assumiu o pacto nós vamos ter que cumprir, mas a gente sabe que vai ser um grande desafio, não vai ser fácil principalmente para os municípios pequenos...”

A Enfermeira também não soube precisar o que é o Pacto de Gestão:

“...o pacto nada mais é o que a gente já vem realizando a anos mas agora esta no papel e tem que fazer cumprir”

Embora a fala da Gestora demonstre algum entendimento sobre o que é o Pacto de Gestão, em nenhum momento refere-se a ele como uma estratégia de descentralização da política pública visando levar o processo de decisão para junto da gestão municipal na condição de co-gestão. Também não é apontado enquanto ferramenta para se pensar as questões de regionalização, de planejamento, de regulação, participação social e gestão dos trabalhos e educação em saúde, ao contrário acaba vendo o Pacto de Gestão como uma forma de atribuir mais responsabilidades e compromissos aos municípios, tirando responsabilidades das demais esferas da gestão.

A fim de saber como ocorreu o referido processo de pactuação indagou-se os sujeitos da pesquisa.

A Gestora esclareceu:

“Veio uma correspondência do Ministério da Saúde através da nossa coordenadoria 16^a Coordenadoria Regional de Saúde, convocando todos os municípios para a adesão e a gente fez, foi praticamente assim, um ano e pouco que a gente foi levando, levando, levando até, assumir ³⁸ compromisso mesmo e nós realmente assumimos o compromisso por gente recebeu, o recado do Ministério da Saúde que se não assinás não seria mais repassado recursos ...”

A Enfermeira tem a mesma visão da Gestora em relação à pactuação do Termo de Compromisso:

“na verdade a pactuação foi uma coisa que ocorreu de cima para baixo, veio do Ministério que repassou para o Estado e o Estado teve a obrigação de repassar para os municípios, caso os municípios não aderissem ao Pacto eles seriam extintos de alguns serviços, de algumas prioridades...tivemos

capacitações em relação a isso e na verdade a gente meio que aprendeu juntos porque nem o Estado sabia dizer direito o que seria essa pactuação..... Para serem feitas as pactuações foram reunidos todos os municípios da 16ª CRS, onde a gente tentou aprazer todos esse itens de forma unanime, então todos os municípios aprazaram esse limite igualmente então todos os municípios pactuaram praticamente a mesma coisa.”

O entendimento de que o Pacto de Gestão é uma imposição sumária das esferas superior é reforçado. Percepções dessa ordem podem deixar dúvidas sobre como ocorre o diálogo entre as diferentes esferas de governo e se decorre disso tal entendimento, mas também dá margem para questões mais amplas inerentes a sociedade brasileira que passam pelo campo político, ideológico interferindo no olhar que cada gestor tem sobre a saúde pública.

O Pacto de Gestão veio como opção para o enfrentamento de entraves regionais e operacionais do sistema, uma importante estratégia de descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços e quando não há esse entendimento por parte daqueles que estão diretamente envolvidos na estruturação do sistema, então algo está errado e a organização poderá ter brechas de difícil mensuração dentro da estruturação do sistema de saúde.

A Técnica de Enfermagem afirmou que apenas discutiu-se se o Pacto seria assumido ou não, não houve maiores reflexões sobre as pactuações em questão.

A Secretaria do Conselho Municipal de Saúde disse não saber nada sobre o tema e frente a isso é pertinente questionar a efetividade do controle social como ferramenta democrática e de direito da sociedade.

O relato das falas até esse momento tem mostrado diversos e diferentes entendimentos sobre os assuntos abordados, isso remete a questões de formação, a olhares sobre o campo da saúde que serão diferenciados ou totalmente opostos e o resultado pode levar a muitos desencontros em relação ao que se propõe o SUS.

Procurando saber quais são e como funcionam as referências de média e alta complexidade na rede SUS do município, questionou-se os sujeitos sobre tais

referências. Apenas a Gestora soube informar essa resposta, os demais sujeitos não souberam responder.

A gestora foi categórica ao afirmar:

“Está claro sim,..... muito claro, vem muito bonitinho no papel as nossas referências SUS, mas... na hora que a gente precisa transferir um paciente eles não aceitam a transferência, então acaba o município tendo que comprar esses serviços através de convênios. Referências de média e alta complexidade nós temos, mas quando chega o momento da necessidade nunca tem vaga, é sempre uma briga, nossas referências média e alta complexidade nos fornecem muito pouca oferta, por exemplo neurocirurgia, pelo SUS o município tem direito a uma por ano.”

Essa fala não só remete a falta de coparticipação do município no planejamento das referências regionais, como também revela questões como a dificuldade do Estado em garantir referências em quantidade e resolutivas frente a demanda de cada um dos entes federados municipais até que a Programação Pactuada e Integrada fique pronta. Isso tem obrigado o município a firmar convênios com outras instituições de saúde, a fim de garantir atendimento de média e alta complexidade aos seus munícipes.

Quanto somente um dos sujeitos da pesquisa consegue responder esse questionamento isso aponta para uma centralidade das decisões, sugere a falta de dialogo entre os atores, o que impossibilita a tomada de decisões conjuntas 40 articulada impedindo a compreensão de todo o processo pela equipe de saúde. Considerando que o controle social, segundo os relatos, também tem mostrado-s confuso em relação ao papel que o justifica, então resta um quadro preocupante - somente uma avaliação mais abrangente poderia apontar todas as consequências frente a tal quadro.

Quanto a questão de estrutura física, apenas a Secretária do Conselho Municipal da saúde fez julgamento positivo, todos os demais sujeitos acreditam que a estrutura física é deficitária, principalmente o espaço onde funciona o serviço odontológico.

A visão da Gestora:

“...eu vejo uma estrutura física precária principalmente onde funciona o serviço de saúde bucal, essa estrutura física toda deveria ser reformada, ampliada, com acesso a deficientes,... muita coisa vai ter que ser mudado, vai ter que ser refeito,... para a estrutura física do serviço odontológico inclusive já temos um projeto de reforma, temos um prazo, nós temos que fazer isso.”

A preocupação com a adequação da estrutura física também aparece na fala da Técnica em Enfermagem:

“Eu acredito que a gente deveria ampliar um pouquinho o acesso a pessoas com necessidades especiais, isso deveria ser melhorado principalmente no local onde funcionam os dentistas.”

E na fala da Enfermeira:

“...Por exemplo o espaço onde atendem os dentistas é um prédio totalmente separado restante do serviço, onde muitas mães que possuem filhos deficientes ou até mesmo pessoas idosas tem que subir escadas..”

Os posicionamentos apresentados pelos entrevistados denotam que a maioria deles está ciente e preocupada com a deficiência apresentada pela estrutura física, percebendo a urgência de adequação da área física às necessidades de saúde dos usuários.

Essa readequação perpassa por uma análise financeira de recursos disponíveis o que já foi feito segundo a Gestora, portanto o município tem um projeto arquitetônico de reforma, contudo será necessário dar agilidade ao processo, pois é preciso a aprovação do Ministério da Saúde, bem como um processo licitatório para a compra de serviços e execução da obra e o prazo pactuado para a realização é até dezembro de dois mil e doze e talvez não haja tempo hábil para sua realização no prazo pactuado.

O município também pactuou a implementação de alguns Sistemas de Informação que ainda não vem sendo desenvolvido em acordo (SIM, SIH, SINAN). A fim de saber se os entrevistados percebem a importância de tal pactuação dentro do processo de descentralização da política pública de saúde municipal perguntou-se a eles quais as Tecnologias de Informação que o município dispõe e sua utilidade no processo como um todo.

A Gestora os percebe como fonte de captação de recursos:

“São todos os programas do Ministério da Saúde, SIAB, SIA, CNES, ... Muito importante esses programas porque é através deles que a gente recebe os recursos, no momento que a gente não informar algum programa não recebemos recursos do Ministério.”

A Técnica em Enfermagem comunga com a opinião da Gestora e aponta para a falta de recursos humanos para operá-los, considerando isso uma falha do município:

“Essa parte ai eu acho que a gente também está deixando a desejar, pela falta de recursos humanos para operar os sistemas... A importância desses programas é para a gente receber recursos, se nós não alimentamos os programas não recebemos recursos.”

Estes Sistemas de Informação só se justificam se utilizados como indicadores de saúde, se contribuírem no planejamento, monitoramento e avaliação, o que não vem acontecendo na realidade pesquisada. A importância das Tecnologias d ⁴² Informações na condução da gestão vai além da captação de recursos. A literatura entende que a condução exitosa do processo de descentralização depende, entre outros aspectos, da incorporação tecnológica.

A implementação da ouvidoria e da auditoria foi outra meta pactuada pelo município, diante disso indagou-se os sujeitos sobre o que entendem por ouvidoria e auditoria:

Frente ao questionamento a Secretaria do Conselho Municipal de Saúde respondeu:

“...um melhor controle social, a auditoria e ouvidoria é uma forma de avaliação tanto do que é oferecido pras pessoas quanto do que as pessoas vem buscar...”

A implementação da ouvidoria é de suma importância, tendo como principal objetivo o empoderamento da sociedade na condução de um sistema de saúde democrático.

Caso o desconhecimento desse membro do conselho reflita o desconhecimento de todo o conselho, o controle social poderá estar comprometido e o seu empoderamento na condução do sistema de saúde poderá não sair do campo conceitual.

A literatura aponta que é comum, nos Conselhos Municipais de Saúde, bem como nas Conferências de Saúde, a imposição da vontade dos gestores e profissionais de saúde ao controle social, que desprovido de informações sobre sua potencialidade e força dentro do sistema de saúde acaba aceitando todas as decisões sem questionar, nem participar de sua construção, aparecendo apenas como figura decorativa no processo de construção das políticas públicas a nível local.

Pensar em ações objetivas diante dessa afirmativa é extremamente complexo, pois revela todas as mazelas que estruturam a sociedade brasileira conforme apontamentos na revisão da literatura. Se o resultado tem sido uma sociedade onde “espera-se do político” resta buscar ações que venham⁴³ acompanhadas de consciência crítica, só assim poderá se falar em democracia cidadania e em equidade.

Percebe-se também a confusão da Gestora ao falar em auditoria e ouvidoria.

“... um médico auditor, que principalmente quando viesse um encaminhamento ou uma receita de algum paciente que foi fazer uma consulta particular e quisesse vir pra fazer a troca, que esse auditor fosse ver

a necessidade. É um programa que a gente vai ter que implantar, mais uma vez eu volto a dizer que não tenho recursos humanos... Ouvidoria é no momento em que um paciente não foi bem atendido ... ou aconteceu algum fato que deixou o paciente descontente, que ele tivesse um serviço de ouvidoria para ir reclamar, para que fosse averiguado o que ocorreu. A importância da ouvidoria e auditoria é muito grande e inclusive recebemos recursos para isso... tenho que conseguir profissionais porque até o ano quem vem eu tenho que ter isso implantado..."

O município de Sério buscou o recurso federal do Participa SUS e já tem debitado a verba para a implementação de auditoria e ouvidoria, contudo há possibilidades de que o recurso tenha que ser devolvido aos cofres da união, visto que a gestão desconhece tais serviços e até o momento não há nenhuma mobilização para tornar viável a implementação desses dois sistemas de controle.

Com a finalidade de saber como o município vem se mobilizando para cumprir com as responsabilidades assumidas no Termo de Compromisso perguntou-se aos sujeitos sobre as linhas de ação estratégicas adotadas pelo município para cumprir as pactuações.

Somente a Gestora soube falar algo sobre essa questão:

"...Contratação de profissionais, convênios com outros órgãos, terceirização dos serviços, a gente tá tentando fazer contratação com outros hospitais, pra prestação de serviços".

44

Embora a Enfermeira não esteja participando das mobilizações implementação das responsabilidades do Pacto de Gestão, ela respondeu pensa que deveria estar sendo feito:

"...eu acredito que o município deveria estar correndo atrás de RH, não sei se está, porque é necessário recursos humanos capacitados para ir em busca de formas para cumprir as pactuações".

Os demais profissionais não souberam responder.

Quando questionados sobre as condições do município em assumir as responsabilidades pactuadas no prazo estipulado pelo cronograma, obteve-se resposta negativa da Gestora:

“Eu entendo que não...Não tem qualificação de profissionais ...recurso financeiro a gente tem, mas não vai ser suficiente, mas a gente espera que como o Ministério solicitou e sugeriu a pactuação ... que também eles se mobilizem e venha os recursos para os municípios...”

A resposta da Enfermeira também foi negativa, contudo ela apontou como motivos além da falta de estrutura física e de recursos humanos, a falta de mobilização da gestão:

“Não, por falta de recursos humanos, por falta de estrutura física e no momento por falta de iniciativa da gestão”.

Já a Técnica de Enfermagem e a Secretária do Conselho Municipal de Saúde não souberam responder a esse questionamento por não terem conhecimento sobre quais as responsabilidades foram pactuadas, conforme percebe-se na fala da Técnica em enfermagem:

“Eu não posso informar porque eu não sei o que foi pactuado, eu não sei se o município tem condições de assumi-las.”

Considerando que o Pacto de Gestão foi aprovado pela equipe de saúde 45 pelo controle social, percebe-se fortes indícios de desconhecimento, que servem de explicação para o município não ter cumprido a pactuação envolvendo avaliação e monitoramento e a implementação de auditoria.

A Gestora conta com recurso para cumprir as pactuações embora não seja suficiente. O financiamento no SUS sempre aparece como queixa. Sabe-se que a Emenda Constitucional 29, já promulgada há alguns anos ainda não está sendo cumprida pelos entes estaduais e pela esfera federal. Então o grande questionamento que se impõe é: Será que a descentralização preconizada pelo Pacto de Gestão virá acompanhada de recursos para sua execução? O

cumprimento das responsabilidades que cabe aos demais entes federados (Estaduais e Federal) também é um requisito para a correta implementação do processo de descentralização das políticas públicas de saúde.

CONCLUSÃO

O objetivo geral desse estudo foi analisar quais as responsabilidades propostas pelo Termo de Compromisso do Pacto de Gestão o município de Sério tem condições de assumir, investigando como está ocorrendo o processo de descentralização em saúde no município.

O município não conseguiu cumprir a implementação de auditoria, avaliação e monitoramento cujo prazo era dezembro de 2011.

O problema de pesquisa abordado de que questões de gestão e a forma de condução do processo de descentralização das políticas de saúde poderiam representar um entrave para o cumprimento das pactuações se confirmou.

As pactuações cujo prazo é dezembro de 2012 podem estar comprometidas ou sub-realizadas e a forma como o município conduzirá o processo durante o ano será elemento chave, contudo mesmo que atinja as metas pactuadas, não se terá garantias que o processo de descentralização estará ocorrendo segundo os princípios que o justificam.

Percebeu-se que o processo de descentralização exige do gestor 47 conhecimento técnico, comprometimento, uma veia administrativa, visão ampliada, disponibilidade de tempo, vontade de aprender, comprometimento com as causas sociais.

Fica claro que observar a adequada aplicabilidade dos recursos públicos é outro requisito básico, não basta a queixa em torno da falta de recursos. O processo de descentralização estrutura-se a partir de responsabilidades claras e obrigatórias e a inobservância dessa relação é um agravante para o adequado andamento do processo.

A busca pela maximização dos recursos financeiros disponíveis será difícil quando ferramentas como o planejamento, avaliação e monitoramento, são sub-aproveitadas, quando o papel do controle social é subentendido, quando o plano de saúde é sub-utilizado e quando também se sub-utiliza as Tecnologias da Informação.

Constatou-se que na maioria dos questionamentos os sujeitos da pesquisa mostraram concepções diferentes, discursos contraditórios, desconhecimento, evidenciando a prevalência da concepção de imposições entre esferas de governo, atores sociais com postura passiva em detrimento da condição de sujeitos atuantes.

Outra concepção fortemente arraigada é a de que “faça tarefas e terá verba”, demonstrando o não entendimento de que o SUS remete a um estado de direito, a cidadania, a justiça social, democracia, autonomia, etc. O SUS remete a questões ideológicas, políticas, administrativas, econômicas, culturais e isso não está claro para os sujeitos da pesquisa.

Os desencontros dos discursos apontam para a necessidade de repensar a forma como se está trabalhando os recursos humanos enquanto força de trabalho. Discutir conceitos como “grupo” e “equipe” pode ser uma ferramenta interessante.

Fica a certeza de que um olhar ampliado sobre o processo de descentralização requer transitar por áreas como a sociologia, filosofia, psicologia, antropologia, economia, política, etc.

Outra questão de extrema importância e amplamente preocupante é o fato de 48 nenhum dos atores, em momento algum, demonstrou desconfiar daquilo que conhece ou desconhece. Muito pior que desconhecer é quando você não sabe e desconhece.

A questão recursos humanos e capacitação é uma fórmula com capacidade resolutive e uma meta que o município deve buscar de maneira incessante. Quanto melhor forem os dirigentes e os demais profissionais, melhor será a organização.

Ampliar o olhar sobre o papel da gestão é uma ação “sine qua non” para se pensar em outra “fotografia” do cenário descrito por esse estudo.

É preciso que se tenha claro que saúde pública é um direito social, portanto é de extrema necessidade ações que fomentem essa consciência. Despertando a consciência social se estará mais próximo do fortalecimento da função controle social. Muito mais que o desafio de estruturar um sistema de saúde é fazer desse sistema de saúde uma ferramenta alinhada com a democracia, com a justiça social, com a cidadania.

Frente ao conjunto de apontamentos levantados por esse estudo ficou evidente a necessidade de uma revisão organizacional ampla e fundamentada na legalidade que legitima o SUS.

Finalmente sugere-se a necessidade de estudo complementares e a criação de espaços para o diálogo coletivo com todos os atores sociais que justificam a existência do SUS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Humberto M. et al. A descentralização e a regionalização na organização do sistema estadual de saúde. In: BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Realidades e perspectivas da gestão estadual do SUS.** Brasília: CONASS, 2010.

BARBOSA, Pedro R, CARVALHO, Antônio I. **Organização e Funcionamento do SUS. Departamento de Ciência da Administração.** Brasília, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Decreto nº 7508/11** Regulamenta Lei 8.080/90 Brasília: CONASS, 2011.

Ministério da Saúde. **Coordenação-Geral de Normas: Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.** Brasília DF: Ministério da Saúde, 1994.

Lei no 8.080. 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*, 20 set. 1990 - 50

Lei no 8.142. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990b.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA. **Resolução – RDC nº 50,** Brasília DF: Ministério da Saúde, 2002.

Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOBSUS 96,** de 6 de novembro de 1996. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

Ministério da Saúde. **Emenda Constitucional nº 29** de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

Ministério da Saúde. **Pacto de gestão: garantindo saúde para todos** / Secretaria-Executiva, Departamento de Departamento de Apoio à Descentralização.– Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

Ministério da Saúde. **Portaria 648/GM** de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitário de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde 2006d.

Ministério da Saúde. **Portaria 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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.

Ministério da Saúde. **Portaria 699/GM**, de 30 de março de 2006, Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3329/2010**, de _____ de 2010. Regulamenta as condições para transferência de recursos financeiros, com vistas à implantação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (ParticipaSUS) em 2010. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender o Pacto pela Saúde 2006. Brasília, DF: CONASS, 2006c.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica: **Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde/ Saúde da família. série normas e manuais técnicos**, 2ª edição; Brasília DF: 51 Ministério da Saúde, 2008.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília, CONASS, 2011.

FADEL, Cristina B; et al. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, 2009.

FERREIRA, Ademir A. **Gestão Empresarial: de Taylor aos nossos dias, evolução e tendências da moderna administração de empresas**. São Paulo: Pioneira 1997.

FRANÇA, José M; GUERREIRO, Jória V.; ARAÚJO, Leonardo M. O SUS na era do pacto pela saúde: discutindo o papel da gestão estadual nas relações intergestores. In: BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Realidades e perspectivas da gestão estadual do SUS**. Brasília: CONASS, 2010.iro 43(2):445-56, Mar./Abr. 2009.

FIGUEIREDO, Ana M. TANAKA, Osvaldo. **Avaliação do SUS como estratégia de reordenação da Saúde**, Cadernos Fundap, 1998.

JANUZZI, Paulo de M. Indicadores para o Diagnóstico, Monitoramento e Avaliação de Programas Sociais no Brasil, **Revista do Serviço Público**, 2006.

MICHAELLIS. **Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1988

SÁ, Dominicio A. **Atenção à saúde no Brasil: um estudo do acesso à assistência a partir do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)**. Recife, 2002.

SCHNEIDER, Alessandra; et al. – Pacto pela Saúde possibilidade ou realidade? 2ª Edição – **Revisada e Atualizada**, Passo Fundo: IFIBE, 2009.

SCOTTI, R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. **Segundo Relatório Sobre o Processo de Organização da Gestão da Assistência à Saúde.** 1995

TEIXEIRA, Carmem; VILASBOAS Ana Luiza. **Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.** São Paulo, 2007.

ANEXOS

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

O presente estudo é uma pesquisa desenvolvida pela aluna do Curso de Especialização em Gestão em Saúde EAD UFRGS, Luciana Paula Corbellini. Este estudo tem como objetivo, analisar quais as responsabilidades propostas pelo Termo de Compromisso do Pacto de Gestão o município de Sério tem condições de assumir, investigando como está ocorrendo o processo de descentralização em saúde no município.

Para a realização deste trabalho preciso de sua colaboração para responder a entrevista, sendo que as informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para fins de análise científica. As suas respostas serão gravadas para serem analisadas em outro momento, as gravações após a pesquisa serão guardadas lacradas por cinco anos.

Sua identidade não será revelada, apenas o cargo ou função que exerce dentro do serviço de saúde, a fim de sistematizar a análise dos dados.

A sua participação no referido estudo implica em despende de 30 à 40 minutos do seu tempo para responder as perguntas da entrevista.

O termo de Consentimento Livre Esclarecido será assinado em duas vias, ficando uma em poder do pesquisador e outra com o entrevistado. O pesquisador responsável pela obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da pesquisa é a aluna Luciana Paula Corbellini, que em caso de dúvidas referente ao estudo, no presente ou no futuro, podendo ser contatada pelo fone: (51) 91558652, ou ainda pelo e-mail Luciana.corbellini@gmail.com

Participante da pesquisa

Pesquisador

Sério, ____ de _____ de _____

ANEXO B

INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS

Entrevista semi estruturada

Nome:

Idade:

Grau de instrução:

Função:

Para você quais são os principais requisitos e desafios da gestão em saúde no município?

Quais as formas de planejamento, monitoramento e avaliação em saúde no município?

O que você conhece sobre o Pacto de Gestão e o Termo de Compromisso?

Como ocorreu o processo de pactuação do Termo de Compromisso do Pacto de Gestão?

Quais foram as pessoas diretamente envolvidas nesse processo?

Qual foi a forma de participação da equipe e do controle social no processo de pactuação do Termo de Compromisso assumido pelo município?

Quanto às referências de média e alta complexidade: Está claro para você quais são as referências municipais dentro da rede SUS?

Você considera que a estrutura física do município é adequada para dar conta de todos os serviços de responsabilidade deste conforme preconiza o SUS?

Quais as Tecnologias de Informação que o município dispõe e sua utilidade no processo como um todo?

O que você entende por auditoria e ouvidoria no SUS? Qual sua importância?

Quais são as linhas de ação estratégicas adotadas pelo município para dar conta das responsabilidades pactuadas nos prazos acordados?

Você considera que o município tem condições para assumir as responsabilidades pactuadas no prazo estipulado pelo cronograma? Por quê?