



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

ELISANGELA PINAFO

**PROBLEMAS E ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DO SUS EM  
MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE**

---

Londrina  
2017

ELISANGELA PINAFO

**PROBLEMAS E ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DO SUS EM  
MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes  
Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Brigida Gimenez Carvalho

Londrina  
2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Pinafo, Elisangela.

Problemas e estratégias de gestão do SUS em municípios de pequeno porte. / Elisangela Pinafo. - Londrina, 2017.  
193 f.

Orientador: Elisabete de Fátima P. A. Nunes.

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2017.

Inclui bibliografia.

1. Gestão em Saúde - Tese. 2. Sistema Único de Saúde - Tese. 3. Regionalização - Tese. 4. Problemas sociais - Tese. I. Nunes, Elisabete de Fátima P. A. . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

ELISANGELA PINAFO

**PROBLEMAS E ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DO SUS EM  
MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup>. Elisabete de Fátima P.  
A. Nunes  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Prof. Dr. João Henrique Gurtler Scatena  
Universidade Federal do Mato Grosso - UFMT

---

Dr<sup>a</sup>. Sônia Cristina Stefano Nicoletto  
Secretaria de Saúde do Paraná – SESA-PR

---

Prof. Dr. Luiz Cordoni Júnior  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Prof. Dr<sup>a</sup>. Célia Regina Rodrigues Gil  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 06 de Abril de 2017.

Dedico este trabalho à minha família,  
minha maior riqueza!

Ao meu marido Rafael, meu  
companheiro, pelo apoio incondicional  
e à nossa filha Isadora, nosso  
presente de Deus e nosso maior  
tesouro.

Aos meus pais, David e Diná, pelo  
incentivo, exemplo e ensinamentos  
recebidos durante toda minha vida.  
Sempre estiveram do meu lado me  
ajudando.

Por serem sempre o meu porto  
seguro, minha fortaleza.

Os meus agradecimentos a vocês são  
eternos.

Que Deus os abençoe sempre!

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que me permitiu em meio às dificuldades da vida, concretizar o sonho de realizar o doutorado. Senhor, sei que se não fosse da vossa vontade, eu nada faria, mas creio que sempre esteves do meu lado, me abençoando, iluminando a cada dia, me mostrando o melhor caminho para conseguir obter o título de Doutora em Saúde Coletiva. A ti toda honra e toda glória para sempre!

Agradeço, de modo muito especial, à minha orientadora Dr<sup>a</sup>. Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes, e à minha coorientadora Dr<sup>a</sup>. Brigida Gimenez Carvalho, pela dedicação, esforço e paciência que tiveram em me orientar neste processo do doutorado. Além de serem profissionais exemplares, agradeço pela amizade, pela humildade e pela sabedoria que conduziram esse meu processo de aprendizado e crescimento profissional. Pelas orientações produtivas e pelo conhecimento. Vocês me ensinaram não somente aspectos referentes à formação no curso do doutorado e à realização de uma pesquisa, mas me mostraram como ser uma boa amiga, mãe, esposa, companheira de trabalho etc. Agradeço a Deus por ter me abençoado e colocado vocês duas em meu caminho. Vocês são modelos de mulheres que me inspiram a seguir seus exemplos para a minha vida.

Agradeço à banca examinadora, pelo aceite na participação da avaliação deste trabalho, pelas relevantes contribuições na qualificação que trouxeram importantes reflexões. Vocês são pessoas que admiro muito!

À Universidade Estadual de Londrina, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, à coordenadora do Programa professora Dr<sup>a</sup>. Selma Maffei de Andrade, ao corpo docente do programa, pelo comprometimento com nosso crescimento e aprendizado. Foi um prazer estar entre professores tão competentes. Aprendi muito durante os momentos em que estivemos juntos.

Aos alunos e amigos do doutorado, cada um ao seu modo me ensinou muitas coisas. Em especial à Carolina Milena Domingos, pela amizade, pela ajuda e pelos momentos de alegrias e tristezas que tivemos juntas durante todo o curso.

Aos amigos do grupo de pesquisa GestSUS da UEL, Fátima, Brígida, Fernanda, Carolina, Stella, Sônia, Cordoni, Carlos, Camila, e outras pessoas que também participaram do grupo e nos ajudaram. Agradeço pelo trabalho e discussões realizadas, mas também pelas conversas sobre a vida; enfim, pelo aprendizado que tem sido conviver com vocês.

Agradeço especialmente à minha colega Fernanda de Freitas Mendonça, pela amizade sincera. Obrigada por ter me ajudado em todos os momentos, me acolhendo em sua casa todas as vezes que eu precisei. Pelas conversas, pelo exemplo. Enfim, por tudo que você fez e ainda faz por mim, meus eternos agradecimentos!

À Fundação Araucária pelo importante apoio financeiro à pesquisa “A gestão do trabalho no SUS em Municípios de Pequeno Porte do Paraná a partir do olhar da Equipe Gestora”, da qual este estudo é integrante. À Fundação Araucária em parceria com CAPES (Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior), por ter concedido bolsa para realização do meu doutorado.

À Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP) e aos colegas professores desta Universidade, pela confiança e pela liberação de minhas atividades docentes nos últimos anos, que foi uma condição indispensável para que esse trabalho pudesse ser realizado.

Aos profissionais que aceitaram participar da pesquisa, secretários municipais de saúde e equipe gestora, permitindo a concretização do estudo. Espero que este estudo possa contribuir na produção da gestão do SUS na realidade dos Municípios de Pequeno Porte.

Agradeço de modo especial à minha amiga Nane (Elaine Licorini), um exemplo de mulher de fé, que sempre esteve orando por mim em todos os momentos, principalmente nos momentos mais difíceis da realização deste trabalho. Sei que suas orações foram acolhidas por Deus e que a concretização deste trabalho é fruto das obras de Deus em minha vida.

Agradeço também à Dona Marlene e ao grupo de oração da Capela Nossa Senhora de Fátima, pelas orações, ensinamentos religiosos e por poder participar deste grupo que me ajudou a crescer na fé!

A todos vocês meu sincero muito obrigado!!!

*Debaixo do céu há momento para tudo e tempo certo para cada coisa:*

*Tempo de nascer e de morrer;*

*Tempo de plantar e de arrancar o que se plantou;*

*Tempo de matar e tempo de curar;*

*Tempo de destruir e tempo de construir;*

*Tempo de chorar e tempo de rir;*

*Tempo de lamentar e tempo de dançar;*

*Tempo de atirar pedras e tempo de juntar pedras;*

*Tempo de abraçar e tempo para se separar;*

*Tempo de procurar e tempo de perder;*

*Tempo de guardar e tempo de jogar fora;*

*Tempo de rasgar e tempo de costurar;*

*Tempo de calar e tempo de falar;*

*Tempo de amar e tempo de odiar;*

*Tempo para a guerra e tempo para a paz;*

*Que proveito o trabalhador tira de sua fadiga?*

*Vejo a ocupação que Deus deu aos filhos de Adão, para se ocuparem.*

*Ele faz tudo belo a seu tempo, e dá ao coração humano o sentido do tempo,  
sem que o homem possa descobrir a obra que Deus faz do começo ao fim.*

*Sei que não há nada melhor para o homem que alegrar-se  
e fazer o que é bom na vida.*

*E também que todo homem que come e bebe,  
e prova de felicidade em seu trabalho, também isso é dom de Deus.*

*Sei que tudo o que Deus faz durará para sempre;*

*não há nada a lhe acrescentar, nada a lhe retirar,*

*e Deus age de modo que haja temor diante de sua face.*

*O que é já foi, e o que será já existiu e Deus vai em busca do que passou.*



PINAFO, Elisangela. **Problemas e estratégias de gestão do SUS em Municípios de Pequeno Porte**. 2017. 193 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2017.

## RESUMO

Este estudo teve o objetivo de compreender a dinâmica da gestão do SUS em Municípios de Pequeno Porte (MPP) por meio da análise dos problemas e as estratégias de gestão utilizadas no cotidiano desses municípios. Trata-se de um subprojeto, fruto de uma pesquisa maior denominada “A gestão do trabalho no SUS em MPP do Paraná a partir do olhar da Equipe Gestora” aprovada pelo edital do PPSUS/2013. O estudo foi desenvolvido nos MPP da macrorregião norte do estado do Paraná, por meio de método misto, utilizando abordagem quantitativa e qualitativa. A coleta de dados ocorreu em dois movimentos. No primeiro foi realizado o levantamento do nome e função desempenhada pelas pessoas que integravam a equipe gestora dos municípios estudados. O segundo movimento abrangeu duas fases: na primeira, com aspecto quantitativo exploratório, foi caracterizado o perfil da equipe gestora; a segunda fase abordou aspectos qualitativos sobre os problemas e as estratégias de gestão, cujos dados foram obtidos por meio de discussões com integrantes chave das equipes, que foram gravadas durante um curso sobre “A Gestão do SUS em MPP”. A análise quantitativa ocorreu por meio da análise de frequência pelo Programa EPI INFO versão 3.5.1. As discussões durante o curso foram gravadas e transcritas, e realizada análise compreensiva das falas conduzida pelo referencial teórico da Teoria do Jogo Social e relações de poder, de Carlos Matus. Em relação ao perfil das pessoas integrantes da equipe gestora, destaca-se: média de idade de 37,8 anos, 66,7% são do sexo feminino, 70,5% referiram possuir ensino superior completo. A especialização na área de Gestão e Modelos de Atenção à Saúde foi a que mais se destacou com 40,2%, 43,6% possuíam experiência de atuação nas funções de gestão no município de um a seis anos, 97,9% sentiam-se preparados para exercerem sua função e a maioria da equipe gestora referiu conhecer os instrumentos de gestão e participar de sua elaboração. Da análise qualitativa foram constituídas as seguintes categorias: Os problemas da gestão em MPP; As estratégias realizadas no cotidiano da gestão; Limites da gestão do SUS em MPP. A equipe gestora posiciona-se enquanto atores sociais e jogadores responsáveis pela transformação da realidade da gestão nestes municípios. Os problemas identificados abrangeram: o processo de descentralização da gestão do SUS, sem respeitar a estrutura e os limites dos municípios; a reprodução do modelo biomédico de atenção à saúde; o número insuficiente de médicos nos MPP; e a oferta insuficiente de serviços de Média e Alta Complexidade (MAC). Para o enfrentamento desses problemas, a equipe gestora lança mão de diversas estratégias como: compra de serviços de MAC; adesão a programas e pactuações; acordos informais. Mesmo assim tais estratégias não foram potentes para a completa resolução dos problemas, o que os tornam em desafios para a gestão do SUS nestas localidades. Esses desafios são mais exacerbados nos municípios menores, devido a alguns limites como sua invisibilidade frente à organização do sistema de saúde; a falta de empoderamento dos gestores de MPP, levando a uma participação pouco efetiva no Consórcio Intermunicipal de Saúde e nas instâncias de gestão (Comissões Intergestoras Bipartite/Comissões Intergestoras Regionais); e a

incipiente gestão interfederativa. Os enfrentamentos dos problemas devem ser conduzidos por processos políticos e sociais. É necessário reorganizar o processo de descentralização, para que o estado assuma uma posição de coordenação efetiva e co-participação na constituição das redes de atenção e no processo de regionalização, com financiamento condizente, retomando a responsabilidade pelo atendimento da população nos níveis de maior complexidade. Também é preciso fomentar o empoderamento do gestor municipal, com a implantação de uma cultura de enfrentamento dos problemas de forma coletiva e compartilhada entre os entes federados. Os trabalhadores de saúde e a população devem ser mobilizados em defesa deste sistema. Torna-se necessário compreender que os problemas enfrentados pelos municípios extrapolam a capacidade de gestão e passam a uma outra dimensão maior, que é o SUS ser visto enquanto uma política de Estado e um projeto a ser defendido por toda sociedade.

**Palavras Chave:** Gestão em Saúde. Sistema Único de Saúde. Gestor de Saúde. Regionalização. Problemas sociais. Estratégias. Gestão Interfederativa.

PINAFO, Elisangela. **Problems and management strategies of SUS in Small Size Municipalities**. 2017. 193 p. Thesis (Doctorate in Collective Health) – Universidade Estadual de Londrina Londrina, Londrina, 2017.

## ABSTRACT

This study aimed to understand the dynamics of SUS management in small size Municipalities (SSM) through the analysis of the problems and the management strategies used in the daily life of these municipalities. It is a subproject, the result of a larger research called "The management of work in SUS in SSM of Paraná from the view of the Management Team" approved by the public announcement of PPSUS/2013. The study was developed in SSM of the northern macroregion of the state of Paraná, using a mixed method, using a quantitative and qualitative approach. The data collection took place in two movements. In the first one, the name and function performed by the people who were part of the management team of the studied municipalities were surveyed. The second movement covered two phases: in the first, with an exploratory quantitative aspect, the profile of the management team was characterized; the second phase addressed qualitative aspects of management problems and strategies, which were obtained through discussions with key team members, which were recorded during a course on "SUS Management in SSM". The quantitative analysis was performed through the frequency analysis by the EPI INFO version 3.5.1 program. The discussions during the course were recorded and transcribed, and a comprehensive analysis of the speeches conducted by the theoretical framework of Carlos Matus' Theory of Social Games and power relations was carried out. Regarding the profile of the people who are part of the management team, the following stand out: average age of 37.8 years old, 66.7% are female, 70.5% reported having completed higher education. The specialization in the area of Management and Models of Health Care was the one that stood out the most with 40.2%, 43.6% had experience of acting in the management functions in the municipality from one to six years, 97.9% felt prepared to perform their function and most of the management team referred knowing the management tools and participating in its elaboration. From the qualitative analysis were constituted the following categories: The problems of the management in SSM; The strategies carried out in the daily management; Limits of SUS management in SSM. The management team positions itself as social actors and players responsible for transforming the reality of management in these municipalities. The identified problems included: the decentralization process of SUS management, without respecting the structure and limits of municipalities; the reproduction of the biomedical model of health care; the insufficient number of doctors in SMM; and the insufficient supply of Medium and High Complexity (MHC) services. In order to address these problems, the management team uses several strategies such as: purchase of MHC services; adherence to programs and agreements; informal agreements. Even so, these strategies were not potent for the complete resolution of the problems, which make them the challenges for SUS management in these localities. These challenges are more exacerbated in smaller municipalities, due to some limits such as their invisibility to the organization of the health system; the lack of empowerment of SMM managers, leading to ineffective participation in the Intercity Health Consortium and in the management bodies (Bipartite Intermanagerial

Committees / Regional Intermanagerial Committees); and incipient interfederative management. The confrontations of problems must be driven by political and social processes. It is necessary to reorganize the decentralization process, so that the state assumes a position of effective coordination and co-participation in the constitution of the attention networks and in the process of regionalization, with adequate funding, retaking responsibility for attending the population at the levels of greater complexity. It is also necessary to foster the empowerment of the municipal manager, with the implementation of a culture of coping with problems in a collective and shared way among the federated entities. Health workers and the population must be mobilized to defend this system. It is necessary to understand that the problems faced by municipalities extrapolate management capacity and move on to a larger dimension, which is SUS to be seen as a state policy and a project to be defended by every society.

**Keywords:** Health Management. Unified Health System. Health Manager. Regionalization. Social problems. Strategies. Interfederative Management.

PINAFO, Elisangela. **Los problemas y las estrategias de gestión del SUS en los pequeños municipios**. 2017. 193 p. Tesis (Doctorado en Salud Pública) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2017.

## RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo comprender la dinámica de la gestión del SUS en los Municipios de Pequeño Porte (MPP) a través del análisis de los problemas y las estrategias de gestión utilizados en la vida diaria de estos municipios. Es un subproyecto, el resultado de una investigación, "La gestión de la mano de obra en el SUS en MPP del Paraná de la mirada del equipo de gestión" aprobado por el aviso del PPSUS/2013. El estudio se desarrolló en los municipios de la macro-región del norte del estado de Paraná, a través del método mixto, utilizando el enfoque cuantitativo y cualitativo. La recolección de datos se produjo en dos movimientos. En el primer se llevó a cabo en el nombre y la función desempeñada por las personas que formaban parte del equipo de gestión de los municipios estudiados. El segundo movimiento incluye dos fases: la primera, con el aspecto cuantitativo exploratorio, se ha caracterizado el perfil del equipo de gestión; la segunda fase se dirigió a los aspectos cualitativos de los problemas y las estrategias de gestión, cuyos datos fueron obtenidos a través de discusiones con miembros clave del equipo, que se registraron durante un curso sobre "La gestión del SUS en el MPP." El análisis cuantitativo se llevó a cabo a través del análisis de frecuencia por EPI INFO versión 3.5.1. Las discusiones durante el curso fueron grabadas y transcritas, y se realizó el análisis exhaustivo de las intervenciones realizadas por el marco teórico de la teoría de juegos sociales y las relaciones de poder de Carlos Matus. En cuanto al perfil de los miembros del equipo de gestión, es: una media de edad de 37,8 años, el 66,7% eran mujeres, el 70,5% informó haber completado la educación superior. La especialización en Gestión y modelos de atención fue el que más se destacó con un 40,2%, el 43,6% tenían experiencia actuando en las funciones de gestión en la ciudad de uno a seis años, el 97,9% se sentían preparados para ejercer su función y la mayor parte del equipo de gestión refirió conocer las herramientas de gestión y participar en su preparación. Del análisis cualitativo, se establecieron las siguientes categorías: Los problemas de gestión MPP; Las estrategias utilizadas en la gestión de todos los días; Límites de gestión del SUS en MPP. El equipo de gestión se posiciona como actores sociales y los actores responsables por la transformación de la realidad de la gestión de estos municipios. Los problemas detectados cubiertos: el proceso de descentralización de la gestión del SUS, sin tener en cuenta la estructura y los límites de los municipios; tocando el modelo biomédico de atención de la salud; el número insuficiente de médicos en los MPP; e insuficiente oferta de servicios de complejidad media y alta (MAC). Para hacer frente a estos problemas, el equipo de gestión hace uso de diversas estrategias, tales como la compra de servicios de MAC; programas y acuerdos de adhesión; acuerdos informales. Sin embargo, estas estrategias no eran de gran alcance para la completa resolución de problemas, que los hacen en desafíos para la gestión del SUS en estas localidades. Estos desafíos se ven agravados en los municipios más pequeños, debido a algunas limitaciones como la invisibilidad frente a la organización de atención de la salud; la falta de autoridad de los administradores MPP, lo que lleva a la participación menos eficaz en la Consorcio Intermunicipal de la Salud y en los órganos de dirección (Comisiones

Intergubernamentales Bipartitos / Comisiones Intergubernamentales Regionales); y la gestión interfederativa incipiente. El enfrentamiento de los problemas deben ser impulsadas por los procesos políticos y sociales. Es necesario reorganizar el proceso de descentralización, por lo que el estado asuma una posición de coordinación efectiva y co-participación en la constitución de redes de atención y el proceso de regionalización con financiación coherente, la reanudación de la responsabilidad del cuidado de la población en los niveles de mayor complejidad. También es necesario promover la potenciación del administrador municipal, con la implementación de una cultura de hacer frente a los problemas de manera colectiva y compartida entre las entidades federales. Los trabajadores de la salud y la población deben movilizarse en defensa de este sistema. Es necesario entender que los problemas que enfrentan los municipios van más allá de la capacidad de gestión y convertirse en otro tamaño más grande, que es el SUS ser visto como una política de Estado y un proyecto para ser defendido por toda la sociedad.

**Palabras clave:** Gestión en Salud. El Gestor de la Salud. Regionalización. Los problemas sociales. Estrategias. Gestión interfederativa.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Triângulo de Governo de Carlos Matus.....	54
<b>Figura 2</b> - A Gestão do SUS no Município.....	62

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Três planos de caracterização de uma estratégia .....	58
<b>Quadro 2</b> - Municípios com menos de 20 mil habitantes, pertencentes à 16 <sup>a</sup> , 17 <sup>a</sup> , 18 <sup>a</sup> , 19 <sup>a</sup> e 22 <sup>a</sup> Regional de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, 2010.....	69
<b>Quadro 3</b> - Distribuição das modalidades dos cursos de pós-graduação <i>Lato</i> e <i>Stricto Sensu</i> da equipe gestora de saúde nos Municípios de Pequeno Porte integrantes da 16 <sup>a</sup> , 17 <sup>a</sup> , 18 <sup>a</sup> , 19 <sup>a</sup> e 22 <sup>a</sup> Regionais de Saúde da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, 2014.....	84



## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Distribuição dos cursos de graduação, especialização *Lato e Stricto Sensu* da equipe gestora de saúde nos Municípios de Pequeno Porte integrantes da 16<sup>a</sup>, 17<sup>a</sup>, 18<sup>a</sup>, 19<sup>a</sup> e 22<sup>a</sup> Regionais de Saúde da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, 2014.....83
- Tabela 2** - Tempo de atuação nas funções de gestão dos profissionais das equipes de saúde dos municípios de pequeno porte da 16<sup>a</sup>, 17<sup>a</sup>, 18<sup>a</sup>, 19<sup>a</sup> e 22<sup>a</sup> RS da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, 2014 .....86

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
AIH	Autorizações de Internação Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
APSUS	Programa de Qualificação da Atenção Primária no SUS
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CFM	Conselho Federal de Medicina
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIS	Consórcio Intermunicipal de Saúde
CPNq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DECIT	Departamento de Ciência e Tecnologia
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FA	Fundação Araucária
FAP	Faculdade de Apucarana
GestSUS	Grupo de pesquisa sobre a Gestão do SUS em Município de Pequeno Porte
HOSPSUS	Programa de Apoio e Qualificação dos Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS
HPP	Hospital de Pequeno Porte
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MAC	Média e Alta Complexidade
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MPP	Município de Pequeno Porte
MS	Ministério da Saúde

MT	Mato Grosso
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PMS	Plano Municipal de Saúde
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PPA	Plano Plurianual
PPSUS	Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde
PR	Paraná
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RQPC	Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas em Audiência Pública
RS	Regional de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SISPACTO	Sistema de Informação do Pacto pela Saúde
SUS	Sistema Único De Saúde
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
USF	Unidade de Saúde da Família
UENP	Universidade Estadual do Norte do Paraná
VIGIASUS	Programa de Qualificação da Vigilância em Saúde

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	19
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	23
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	28
2.1 O FEDERALISMO BRASILEIRO E O SUS COMO POLÍTICA SOCIAL .....	28
2.2 O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS.....	30
2.3 CONTRIBUIÇÕES DE CARLOS MATUS.....	36
2.3.1 Necessidade de Saúde, Problema, Atores Sociais e Análise Situacional .....	39
2.3.2 O Poder nas Relações Sociais e os Jogos do Poder .....	46
2.3.3 A Gestão no Âmbito do Governo do Jogo Social, Cooperação, Conflito e Estratégia .....	52
2.4 MODELO TEÓRICO EXPLICATIVO PROPOSTO .....	61
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	65
3.1 OBJETIVO GERAL .....	65
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	65
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	67
4.1 O CAMPO DE PESQUISA.....	68
4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO .....	68
4.3 COLETA DE DADOS .....	70
4.3.1 Primeiro Movimento: Descortinando a Equipe Gestora .....	70
4.3.2 Segundo Movimento: a Escuta da Equipe Gestora .....	71
4.4 TRANSCRIÇÃO E CODIFICAÇÃO DAS FALAS .....	74
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	75
4.5.1 Abordagem Teórico-Methodológica para a Análise dos Dados Qualitativos.....	75
4.6 ASPECTOS ÉTICOS E FINANCIAMENTO.....	76

<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	79
5.1	DESCORTINANDO OS ATORES SOCIAIS QUE FAZEM PARTE DA GESTÃO DO SUS .....	79
5.2	OS PROBLEMAS DA GESTÃO EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE.....	94
5.2.1	O Processo de Descentralização da Gestão do SUS sem Respeitar a Estrutura e os Limites do Município.....	97
5.2.2	Reprodução do Modelo Biomédico de Atenção à Saúde .....	102
5.2.2.1	Formação médica inadequada .....	104
5.2.2.2	Desvalorização do profissional de medicina de família (generalista).....	105
5.2.2.3	Pouca resolutividade da atenção básica .....	107
5.2.2.4	Aumento da demanda por consultas e exames especializados .....	110
5.2.3	Número Insuficiente de Médicos nos Municípios de Pequeno Porte .....	115
5.2.4	Oferta Insuficiente de Serviços de Média e Alta Complexidade .....	117
5.2.4.1	Oferta insuficiente de serviços de média e alta complexidade pelo consórcio intermunicipal de saúde.....	117
5.2.4.2	Pouca participação e poder dos municípios na administração dos consórcios intermunicipais de saúde .....	119
5.2.4.3	Desorganização dos pontos de atenção para continuidade do cuidado .....	120
5.2.4.4	Insuficiência das redes de atenção à saúde.....	125
5.3	AS ESTRATÉGIAS REALIZADAS NO COTIDIANO DA GESTÃO.....	128
5.3.1	Compra de serviços de Média e Alta Complexidade .....	130
5.3.2	Adesão a Programas e Pactuações .....	137
5.3.3	Acordos Informais.....	141
5.4	LIMITES DA GESTÃO DO SUS EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE .....	148
5.4.1	A Invisibilidade dos Municípios Menores Frente à Organização do Sistema de Saúde .....	149
5.4.2	A Falta de Empoderamento dos Gestores de Município de Pequeno Porte Leva a uma Participação Não Efetiva no Consorcio Intermunicipal de Saúde e nas Instâncias de Gestão .....	150
5.4.3	A Incipiente Gestão Interfederativa.....	156
	<b>TECENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES</b> .....	161

<b>REFERÊNCIAS</b> .....	167
<b>APÊNDICES</b> .....	183
Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	184
Apêndice B - Roteiro de entrevista com os secretários de saúde e regional de saúde .....	185
Apêndice C - Roteiro para a entrevista com a equipe gestora.....	186
Apêndice D - Curso “Gestão do SUS em municípios de pequeno porte do norte do Paraná” .....	191
<b>ANEXOS</b> .....	192
Anexo 1 - Parecer do Comitê de Ética .....	193

# **APRESENTAÇÃO**

## APRESENTAÇÃO

A visão de mundo do pesquisador estará sempre presente ao desenvolver um estudo, quer seja na escolha do tema, que pode ser fruto de seus interesses ou de sua inserção social, quer seja da necessidade de encontrar razões para cumprir seus objetivos acadêmicos e/ou pessoais.

Considero que a minha vivência, especialmente no campo do trabalho e da educação, levou-me a produzir reflexões teóricas como pesquisadora que influenciaram na construção desta tese, por isso relato um pouco dos principais aspectos de minha trajetória na área da saúde.

Concluí a graduação em Enfermagem na Universidade Estadual de Londrina (UEL) no ano de 2005 e logo em seguida iniciei a Residência em Gerência da Assistência de Enfermagem (2006), também na UEL. Durante a residência, trabalhei no Pronto-socorro do Hospital Universitário e vi que o ambiente hospitalar não era a minha vocação e tal experiência reforçou a vontade e o desejo em atuar na área de Saúde Coletiva. No mesmo ano (2006), prestei concurso para trabalhar como enfermeira da Estratégia de Saúde da Família na cidade de Santa Mariana – Paraná (PR), pois se tratava de uma possibilidade de atuar na área da Saúde Coletiva.

Passei no concurso e não pensei duas vezes em seguir esta área, começando por ser enfermeira de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), coordenadora da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do distrito Panema, minha terra natal, de 4.000 habitantes, em que fui criada e onde meus pais moravam.

Trabalhei por quatro anos nesta unidade de saúde e conheci a realidade de atuação de um enfermeiro em Saúde Coletiva, e também a realidade do SUS em um Município de Pequeno Porte (MPP). Por sempre morar em um município pequeno, já sabia das dificuldades que iria enfrentar, mas os desafios em atuar na área da saúde foram muito maiores do que eu imaginava, tanto em relação à força de trabalho, aos recursos materiais, à dificuldade de acesso aos serviços de outros níveis de atenção, quanto em relação à carência da população, e às mazelas políticas. Entretanto, também obtive um crescimento profissional e pessoal maravilhoso com muitas alegrias no meu caminhar devido ao reconhecimento profissional.

Em 2007, concluí a Especialização em Saúde da Família oferecida com apoio do Ministério da Saúde (MS), pela Faculdade de Apucarana (FAP) em Apucarana –



PR, e em seguida iniciei o mestrado em Saúde Coletiva na UEL, pois tinha o sonho de ser docente de Enfermagem na área de Saúde Coletiva.

Desenvolvi minha dissertação ainda trabalhando como enfermeira da ESF, e analisei a prática da educação em saúde no cotidiano da equipe de Saúde da Família, identificando as concepções, facilidades e dificuldades dos profissionais de saúde.

Estudar esta realidade no meu contexto de trabalho foi um grande aprendizado, pois além de acreditar que a educação em saúde é uma ferramenta importante para a mudança no panorama de saúde da população, reconhecer a sua utilização em meu cotidiano de trabalho fez com que eu repensasse minha prática profissional e a prática da minha equipe, auxiliando na reestruturação do serviço.

Finalizei o mestrado em 2010 e logo em seguida passei em um concurso para docente em Enfermagem na Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP) em Bandeirantes. Foi então que iniciei minha tão sonhada trajetória como docente em Saúde Coletiva.

Como docente, além de aulas teóricas em Saúde Coletiva e Epidemiologia, acompanho prática clínica com alunos do terceiro ano de Enfermagem em UBS na cidade de Bandeirantes e participo de projetos de pesquisa e extensão. Desta forma, continuo vivenciando a realidade do SUS no cotidiano das práticas clínicas, das consultas de enfermagem e acompanhamento dos usuários, além de ter participado por quatro anos como representante da UENP no Conselho Municipal de Saúde de Bandeirantes e ser usuária deste sistema de saúde.

Após a conclusão do mestrado, continuei acompanhando o grupo de pesquisa da UEL, denominado “GestSUS”, que possui o objetivo de pesquisar a gestão do SUS em MPP.

Com o apoio de minha orientadora Dr<sup>a</sup>. Elisabete de Fátima e da coorientadora Dr<sup>a</sup>. Brigida, o grupo de estudos percebeu que nos municípios pequenos havia um grupo de trabalhadores que, inseridos na gestão, evitavam processos de descontinuidade, mesmo com a rotatividade que ocorria com gestores e trabalhadores devido à mudança de secretário de saúde e prefeito. Essa equipe gestora, constituída por alguns poucos trabalhadores de carreira, conhecia profundamente os problemas locais, a estrutura dos serviços e os instrumentos e estratégias de gestão desenvolvidos.

Iniciada em meados de 2013, a pesquisa denominada “A gestão do trabalho no SUS em Municípios de Pequeno Porte do Paraná a partir do olhar da Equipe Gestora” foi aprovada no Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde: Gestão Compartilhada em Saúde/PPSUS, e teve como objetivo analisar o processo de gestão do SUS a partir da percepção daqueles que atuavam na gestão.

Nessa pesquisa atuaram vários docentes e profissionais das Regionais de Saúde, além de alunos de pós-graduação e graduação.

Como fruto dessa pesquisa apresento a presente tese intitulada “Problemas e estratégias de gestão do SUS em Municípios de Pequeno Porte (MPP)”, que teve como objetivo compreender a dinâmica da gestão do SUS em MPP, analisando os problemas e as estratégias de gestão utilizadas para seu enfrentamento no cotidiano do SUS nestes municípios.

A realização deste estudo em MPP decorre da necessidade de conhecer as realidades desses municípios que representam a maioria das cidades brasileiras, e que possuem suas peculiaridades frente à dinâmica de funcionamento do SUS. Além disso, a pesquisadora já vivenciou um pouco desta realidade advinda de sua prática profissional, o que instiga ainda mais a vontade de aprofundar seus estudos neste contexto.

Desejo que este trabalho possa contribuir para a construção do SUS e que os políticos, os gestores e trabalhadores tenham acesso a estas informações, para que assim possam refletir sobre sua realidade, e sejam mobilizados em prol de mudanças em seu cotidiano.

O processo do doutorado foi um período de sofrimento, mas sobressaíram o crescimento e as alegrias. Houve muito esforço, dedicação e aprendizado. Aprendi muito! Mas reconheço que o meu conhecimento é mínimo e que preciso continuar estudando pelo resto da minha vida, para compreender um pouquinho mais desse mundo de meu Deus. A seguir, apresento o resultado do caminho percorrido neste processo.

# INTRODUÇÃO

## 1 INTRODUÇÃO

A complexa organização do Sistema Único de Saúde (SUS) fundamenta-se em estruturas técnica, jurídica e administrativa que exigem interações entre os entes federativos e, por isso, enfrenta diversos desafios para sua concretização enquanto política de administração pública (SANTOS, 2012).

O sistema de saúde brasileiro resultou numa nova forma de pensar, estruturar e desenvolver os serviços e a assistência à saúde que vai ao encontro dos princípios da universalidade de acesso, integralidade da atenção, equidade, participação da comunidade e descentralização da gestão (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSÉS, 2011).

Com a Norma Operacional Básica (NOB) 01/96 houve um processo descentralizatório, que permitiu “promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal [...] a função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios” (BRASIL, 1997, p.6), possibilitando certa redistribuição de poder e fortalecendo a política de saúde municipal (VIANA; MACHADO, 2008).

Desta forma, o movimento de descentralização político-administrativa do SUS estruturou-se por meio da municipalização, transferindo responsabilidades referentes a ações e serviços de saúde a estados e municípios, desenvolvendo um sistema nacional, de responsabilidade e compromisso com a gestão por meio do ente municipal (CASTRO; MACHADO, 2010).

Com isso, a esfera municipal passa a ser a maior responsável pela execução direta das ações e serviços de saúde, tendo seu foco na Atenção Básica (AB), com o intuito de melhorar os indicadores de morbimortalidade. É reconhecido que maiores investimentos na rede de atenção básica promovem cuidados em saúde mais efetivos e alcançam maior eficiência e equidade na atenção à saúde da população (CASTRO; MACHADO, 2010). Nesse sentido, a descentralização tem sido considerada uma experiência relevante, apesar das disputas e conflitos que existem em sua concretude (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

O desenvolvimento do SUS enfrenta obstáculos políticos, organizativos e de financiamento que revelam suas fragilidades em tornar-se uma política pública social (PAIM; BAHIA; CAMPOS, 2016).

Isso faz com que a gestão desse sistema seja uma função complexa, devido a vários fatores, como a forte interferência dos determinantes sociais e epidemiológicos no processo de adoecimento da população (ERMEL et al., 2011); além de seus aspectos técnicos, políticos e econômicos.

Segundo Villani e Bezerra (2013) e Mello, Ibañez e Viana (2011), o município é responsável pela gestão da AB dos seus munícipes, no entanto, faz-se necessário viabilizar, por meio de pactuações com demais secretários municipais e estaduais, o acesso de sua população aos demais níveis de atenção, demonstrando ser capaz de oferecer um atendimento integral à sua população, mesmo que esse não ocorra em seus limites territoriais.

Para isso, o gestor deve ser mais que um administrador, pois é a autoridade sanitária em sua esfera de governo, sendo apontadas duas dimensões de sua atuação: política e técnica. Na dimensão política tem a responsabilidade de desenvolver o projeto de governo; e na técnica deve conduzir a política pautada pela legalidade, princípios do SUS e da Reforma Sanitária Brasileira, desempenhada com conhecimento, habilidades e experiências da gestão pública em saúde (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2011).

No Brasil existem 5.570 municípios, dos quais 3.842 são considerados de pequeno porte e contam com uma população inferior a 20 mil habitantes, representando 68,98% da totalidade dos municípios brasileiros (IBGE, 2014). Por serem de pequeno porte, muitos enfrentam vários desafios, pois não possuem uma base técnica no âmbito municipal, ou mesmo capacidade de assumir a gestão da rede de serviços de saúde instalada (CASTRO; MACHADO, 2010).

Segundo o Plano Diretor em Município de Pequeno Porte (MPP), esse grupo de municípios tem necessidade de que sejam instituídas políticas específicas, devido à carência de estrutura para o planejamento e à baixa capacidade de gestão urbana (BRASIL, 2005a). Esses municípios se deparam com a tarefa de gerir uma rede de serviços heterogênea e não integrada institucionalmente, e com oferta insuficiente de serviços na média complexidade (LEITE; LIMA; VASCONCELOS, 2012), além de serem mais dependentes de transferências constitucionais, possuírem baixa capacidade de arrecadação própria e despesas elevadas com o custeio do executivo e legislativo (LEITE, 2014).

Os 82 MPP da macrorregião norte do Paraná fazem parte da área de abrangência das Regionais de Saúde (RS) de Apucarana, Londrina, Cornélio Procopio, Jacarezinho e Ivaiporã (16<sup>a</sup>, 17<sup>a</sup>, 18<sup>a</sup>, 19<sup>a</sup> e 22<sup>a</sup> RS, respectivamente) e representam 84,5% da totalidade dos municípios dessa macrorregião (IBGE, 2014). Estes municípios possuem, em sua maioria, uma rede de serviços no âmbito da AB com cobertura populacional próxima a 100% (PARANÁ, 2013).

Verifica-se que a gestão do SUS nestes municípios é representada formalmente pelo gestor secretário de saúde, no entanto, para a operacionalização desse trabalho existem pessoas que são consideradas chave, ou seja, integram uma equipe responsável pela gestão da saúde em âmbito municipal. Estas pessoas são responsáveis por ações como o planejamento, avaliação, pactuação de metas, organização de ações e programas, sistemas de informações, realizando ações essenciais para a gestão da saúde no município.

Esta equipe foi designada na presente pesquisa como equipe gestora, ou equipe meio ou intermediária, por ser composta por profissionais que exercem a gestão da saúde. No entanto, nem sempre exercem oficialmente a função de representantes legais do município.

Diante do panorama vivenciado pelos MPP com a insuficiência de infraestrutura, recursos humanos e financeiros, estes enfrentam o desafio da gestão do sistema de saúde e da profissionalização de recursos humanos para atuarem como gerentes.

A partir do conhecimento teórico e da inquietude em compreender os problemas e as estratégias de gestão utilizadas para seu enfrentamento, surgiram os seguintes questionamentos: Que problemas são enfrentados pela equipe gestora no âmbito da gestão municipal? Quais estratégias de gestão são utilizadas para o enfrentamento desses problemas?

Os MPP enfrentam vários problemas em seu cotidiano, principalmente quando se tem como objetivo uma rede de atenção organizada e resolutiva em sua região de saúde. Estes problemas, na maioria das vezes, extrapolam sua responsabilidade, no entanto, na tentativa de proporcionar o acesso e uma atenção adequada, em face às necessidades de seus munícipes, eles utilizam-se de diferentes estratégias, tanto oficiais quanto não oficiais, na busca de responder, como gestores, às demandas dos usuários.

Apesar da relevância desta temática, a produção científica sobre a dinâmica da gestão do SUS em MPP, com a análise dos problemas e das estratégias de gestão utilizadas, é escassa. O desenvolvimento do SUS passa necessariamente pelo desenvolvimento da gestão, assim, será fundamental o aprofundamento do que ocorre neste campo.

Ao tentar compreender a dinâmica da gestão do SUS nos MPP, a análise dos problemas da gestão proporciona a reflexão de que os mesmos não são exclusivos destes municípios, mas podem estar presentes em todos os espaços de gestão do SUS.

Além de analisar os problemas e as estratégias de gestão na perspectiva da equipe gestora, este estudo abordará os limites e os desafios que o SUS possui em se tornar uma política pública que faça parte da realidade da população brasileira.

Para melhor compreensão da presente tese, o referencial teórico parte do cenário do federalismo brasileiro e o SUS como política social, e aborda a constituição das três esferas autônomas do governo brasileiro (federal, estadual e municipal) e a constituição do SUS diante da autonomia dos três níveis de governo na gestão de ações. Em seguida, o processo de descentralização do SUS é abordado e discutido na perspectiva da organização do sistema de saúde e dos desafios da gestão.

Como base teórico-conceitual são apresentadas as contribuições e o pensamento de Carlos Matus, com abordagem do poder nas relações sociais, a teoria do jogo social, e a gestão no âmbito de governo do jogo social. O desenvolvimento do referencial teórico proporcionou a construção de um modelo teórico-explicativo que possibilitou a análise dos resultados.

O estudo desenvolveu-se por meio de método misto, utilizando abordagens quantitativas e qualitativas.

Os resultados e a discussão são apresentados com a caracterização da equipe gestora como atores sociais que fazem parte da gestão do SUS, os problemas da gestão e as estratégias utilizadas para o enfrentamento destes problemas. E, por último, são discutidos os limites da gestão do SUS nos MPP e algumas considerações pontuadas pela pesquisa.

# **REFERENCIAL TEÓRICO**



## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 O FEDERALISMO BRASILEIRO E O SUS COMO POLÍTICA SOCIAL

A instauração da República Federativa do Brasil surgiu da desagregação do Governo Imperial, e seguiu um caminho diferente ao da maior parte dos Estados federados até então constituídos (ABRUCIO, 1998).

O federalismo em sua concepção filosófica refere-se a um conjunto de comportamentos de respeito aos entes federados, de cooperação, responsabilidade pelo todo, mesmo que exercida de forma autônoma, de solidariedade política e social, de respeito e práticas verdadeiras aos valores democráticos (SANTOS, 2012). A democracia então é um dos pilares de sustentação do federalismo e Bobbio (2002, p.132) refere que “a democracia é um regime em que a maior parte das decisões é tomada entre os vários grupos, dando vida a uma sociedade eminentemente contratual”.

A Constituição de 1988 define o Estado Federal ou República Federativa como a associação indissolúvel de estados-membros em torno da União, à qual cabe o exercício da soberania. Instituiu-se, assim, o federalismo cooperativo no Brasil, que trouxe o ingresso dos municípios, compondo, com os estados e a União, a estrutura federativa trina particular do país (SANTOS, 2012).

A principal particularidade da estrutura federativa brasileira é a existência de três esferas autônomas de governo: a federal, a estadual e a municipal. Essa situação é dada pela Constituição Federal de 1988, que estabelece aos municípios a condição de entes federados com poderes para exercício da atividade administrativa e detentores de poder político (DOURADO; ELIAS, 2011).

Neste sentido, houve uma organização do poder local, sendo transferidos encargos e recursos aos municípios para o provimento de bens e serviços aos cidadãos (BERCOVICI, 2004).

No entanto, a Federação brasileira é caracterizada pelo forte centralismo por parte da União, que tem maior competência em relação aos estados-membros, como a de legislar sobre matéria civil, penal, tributária, processual, eleitoral, trabalhista e outras. Os estados e municípios passaram a ter um menor aparato de competências, que concorrem à legislação federal, com pouca margem para exercer

sua competência supletiva de legislar para atender às suas especificidades regionais em todos os campos que não estejam reservados à União (SANTOS, 2012). Desta forma, a autonomia dos demais entes federativos convive contraditoriamente com a centralização de competências da União.

Fleury (1999, p.12) salienta que, para o federalismo ser praticado de forma mais equilibrada, é preciso enfrentar desafios que dizem respeito à redefinição do pacto federativo. Para isso é preciso transformar “[...] a autonomia formal em autonomia real”, que foca na necessidade de mudança de “[...] um ideário arraigado, que se traduz na eterna desconfiança em relação a Estados e Municípios”.

A organização do SUS legitima a autonomia dos três níveis de governo na gestão de ações e serviços de saúde em seus territórios, compondo assim o arcabouço do federalismo sanitário brasileiro (DOURADO; ELIAS, 2011).

O SUS foi criado como instituição de caráter federativo, financiado pelo Estado e universal (BRASIL, 1988). A Lei Orgânica da Saúde determina o dever de todos os entes federados de atuar para a promoção, proteção e recuperação da saúde, com autonomia de cada esfera de governo para a gestão do sistema nos limites do seu território (DALLARI, 1995).

Com a Constituição de 1988 consolidou-se a condição do poder local, dada ao município, na organização do Estado brasileiro, propiciando a transferência de encargos e recursos para os governos municipais (DOURADO; ELIAS, 2011).

A adesão dos governos estaduais e municipais à organização do SUS condicionou a disseminação da Reforma Sanitária Brasileira, especialmente em função da dimensão continental e da fragmentação federativa do País, exigência para a descentralização na gestão das políticas sociais setoriais nos anos 1990 (ARRETCHE, 1999).

O termo descentralização é descrito como a transferência de capacidade fiscal para autoridades nacionais, além da transferência de responsabilidades pela implantação e gestão de políticas e programas definidos no nível federal para outras esferas de governo (ALMEIDA, 2005).

Almeida (2005) salienta que na Constituição de 1988 a federação foi redesenhada em benefício dos estados e dos municípios, que foram transformados em entes federativos “de fato” e tornaram-se responsáveis pela execução e gestão de políticas e programas definidos em nível federal.

O processo de descentralização dos serviços de saúde, ocorrido de forma radical para o ente municipal, é diferente ao praticado em países que também optaram por sistemas de saúde universais, como a França, Inglaterra e Canadá. Nestes, a gestão dos sistemas de saúde ou é centralizada (no caso da França) ou é descentralizada para o nível regional – províncias ou distritos – (Canadá e Inglaterra, respectivamente) (CONILL, 2006).

Segundo Araújo (2006), o movimento descentralizador brasileiro foi marcado pela tentativa de transferir encargos e responsabilidades do governo central para os municípios, sem o cuidado de vincular essas novas responsabilidades com recursos financeiros, desenvolvimento econômico e social municipal, não levando em consideração um processo de fortalecimento e desenvolvimento municipal, com modernidades administrativas e práticas políticas, fora do jogo político simplesmente eleitoral.

É nesse cenário nacional complexo que o SUS vem sendo produzido em meio a transformações e desafios de gerir uma política pública eficiente em todos os municípios brasileiros.

## 2.2 O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS

Nos quase 30 anos de construção do sistema público de saúde brasileiro, o SUS ainda é considerado inacabado, mediante o projeto da Reforma Sanitária Brasileira, pois enfrenta obstáculos de gestão em sua organização e políticos para sua concretização (PAIM; BAHIA; CAMPOS, 2016).

A Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde de 1990 (8080/90 e 8142/90) definem a descentralização como um processo político-administrativo com direção única do SUS em cada esfera de governo, e ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, associada à regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (VIEGAS; PENNA, 2013).

No seguimento, a década de 1990 foi marcada por intensa transferência de competências e recursos em direção aos municípios, orientada pela NOB 01/93, seguida da NOB 96. Estas Normas dão ênfase ao processo de municipalização e organizam critérios de repasse dos recursos do governo federal para os estados e municípios, estabelecendo responsabilidades, requisitos e prerrogativas para a

gestão local, além de uma reorganização do sistema, a partir da priorização da AB (MONNERAT; SENNA; SOUZA, 2002; MOLESINI et al., 2010).

No processo de descentralização, a municipalização trouxe avanços para o SUS, sobretudo relacionados à responsabilização, à ampliação da capacidade de gestão em saúde, à conformação dos Conselhos de Saúde nas três esferas de governo, à modificação dos critérios de financiamento para transferência automática per capita e à criação dos colegiados intergovernamentais (DOURADO; ELIAS, 2011).

A concentração política na esfera federal foi crucial para o alcance da municipalização, mas criou obstáculos para as relações intermunicipais, função que deveria ter sido desempenhada pelos governos estaduais (SOUZA, 2002). Desta forma, esforços foram empreendidos no intuito de resgatar o sentido da regionalização, após a década de 1990.

No início da década de 2000 eram evidentes tanto a disputa entre os municípios quanto a ausência de garantias de acesso e referência aos serviços de saúde, nos diversos níveis de atenção, para os cidadãos. Foi elaborada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) publicada em 2001 e republicada em 2002, fundamentada na concepção de regionalização como uma estratégia de organização hierarquizada dos serviços de saúde. A NOAS propôs mecanismos para a reversão do municipalismo radical, retomando e fortalecendo o papel da esfera estadual (VIANA; LIMA, 2011), de modo que ela passasse a ordenar o processo de regionalização e o planejamento regional, visando garantir o acesso dos cidadãos aos serviços em qualquer nível de atenção (VIEGAS; PENNA, 2013). Porém, esta normatização não alcançou a necessária integração e pactuação entre os entes municipais, e desta forma não superou os problemas de garantia de acesso dos cidadãos entre sistemas municipais de saúde.

No ano de 2006 é aprovada a construção de uma nova proposta denominada Pacto pela Saúde, o qual reafirma a condição da regionalização e assume essa diretriz como eixo estruturante do Pacto de Gestão, devendo orientar as relações intergovernamentais e o processo de descentralização. A maior inovação trazida pelo Pacto 2006 foi a criação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), instâncias que institucionalizam o relacionamento entre os governos municipais e os processos

decisórios compartilhados para a definição das políticas de saúde de abrangência regional (VIEGAS; PENNA, 2013).

Com o importante papel de regular a estrutura organizativa do SUS, a década de 2010 traz profundas modificações no aparato legal do SUS, por meio do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentou a Lei nº 8.080/90. Tal decreto, por meio do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) que substituiu o Termo de Compromisso de Gestão (TCG) do Pacto 2006, objetivou dar mais transparência à gestão do SUS, mais segurança jurídica nas relações interfederativas e maior controle social. O objeto do COAP é a organização e a integração das ações e dos serviços, sob a responsabilidade dos entes federativos em regiões de saúde, organizadas em redes de atenção, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010).

Em meio às discussões sobre o processo de descentralização do SUS, faz-se necessário refletir sobre como a gestão do SUS vem se desenvolvendo e os desafios enfrentados na atualidade.

Ao analisar a gestão enquanto organização do sistema público de saúde, esta é vista em seu cotidiano institucional, nos cenários em que o sistema de saúde se efetiva, ou seja, em seus arranjos organizacionais no qual a assistência é prestada ao usuário nos diversos âmbitos de atenção.

Com o movimento de municipalização, houve um fortalecimento da capacidade de governo do nível local, e os municípios ficaram mais preparados para assistir a população (BORGES; FERNANDES, 2002; VIEIRA-DA-SILVA et al., 2007; CORIOLANO et al., 2010; VIEIRA; GARNELO; HORTALE, 2010; VIEIRA et al. 2013).

Alguns pontos positivos foram destacados por alguns autores como a ampliação do acesso em nível local e a cobertura assistencial em relação às ações básicas de saúde; o aumento do número de municípios com estabelecimentos básicos ou ambulatoriais de saúde em todas as regiões brasileiras; o crescimento do número de profissionais de nível superior atuando na atenção básica e ambulatorial em todo o país, com ampliação na composição multifuncional dos empregos (não médico) (COSTA; PINTO, 2002; ARRETICHE; MARQUES, 2002; VIEIRA-DA-SILVA et al., 2007; SOUZA; MELO, 2008; CORIOLANO et al., 2010).

Entretanto, em meio a alguns avanços do sistema de saúde, a gestão do SUS

é analisada como um processo complexo, pois se encontra em meio a um contexto que é influenciado por políticas locais, estaduais e federais que determinam as práticas de saúde, e interferem nas relações de poder e nas tomadas de decisões (SOUZA; MELO, 2008).

Deste modo, vários desafios são revelados no cotidiano de consolidação do SUS, e requerem o aperfeiçoamento de competências tanto técnicas quanto gerenciais para seu enfrentamento (FLEURY et al., 2010).

Alguns autores apontam como desafios do SUS a definição das responsabilidades federativas, o financiamento insuficiente, a dificuldade de planejamento regional, a atenção primária com qualidade abaixo da necessária, a falta de integração entre os serviços nos diversos níveis de atenção, a baixa efetividade dos hospitais e dos serviços especializados, dentre outros (CAMPOS, 2007; FLEURY et al., 2010). Estes desafios impedem a ampliação do acesso e da atenção integral aos usuários do sistema e não deixam o SUS se efetivar enquanto uma política pública de qualidade.

Dentre os desafios elencados, a dificuldade da efetivação do processo de regionalização deve-se ao fato desse processo depender de apoio político e da adoção da gestão por consenso permeada por mecanismos que possam favorecer as inter-relações dos atores, com distribuição de poder (SANTOS; ANDRADE, 2009). A ampliação da integração entre os sistemas e sua organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS), mesmo que tenha sido proposta por um decreto presidencial, por si só não garantiu a eficiência necessária ao SUS para o acesso e a atenção integral aos cidadãos brasileiros, até porque, o COAP, instrumento que garantiria acesso integral aos cidadãos nas regiões de saúde, havia sido formalizado em apenas dois estados até o mês de março de 2015 (CONASS, 2015). As principais questões que inviabilizavam a adesão ao COAP estavam relacionadas ao financiamento insuficiente, à falta de um sistema de regulação de acesso e ao incipiente sistema de governança regional, capaz de conferir eficiência e eficácia às atuações regionais previstas no COAP (CONASS, 2015).

Como forma de enfrentar as dificuldades oriundas do processo de regionalização, torna-se importante que o estado retome seu papel de intermediário na relação município/município/União e auxilie os municípios neste processo, assumindo a responsabilidade pela efetivação das regiões de saúde e construção de

RAS, visando garantir a integralidade da atenção à saúde para a população (MENDES, 2010; 2011).

O exercício da gestão interfederativa também se torna um ponto importante para ser discutido, pois a efetivação das Comissões Intergestores Regionais (CIR), como espaços de discussão e tomada de decisão, poderia construir uma política consensual e de corresponsabilidade pela regionalização da saúde (PINAFO; NUNES; CARVALHO, 2016).

Outro fator relevante para a gestão que se constitui enquanto um desafio consiste na reorganização da AB com vistas à universalidade do acesso a ações e serviços e à integralidade nas ações. Isto implica que as demandas sejam respondidas em todas as instâncias de assistência, sendo relevante a atuação dos profissionais da AB no intuito de responder a maior parte dessas demandas e referenciar somente os casos específicos, além de melhorar a efetividade no sistema de monitoramento e regulação para otimização do acesso e do uso de todos os tipos de tecnologias em saúde, para que as necessidades de saúde dos usuários sejam supridas (VIEGAS; PENNA, 2013).

O fortalecimento da AB, a integração entre os diversos níveis de atenção com ações integrais e ainda a intersectorialidade tornam-se imprescindíveis para a efetivação do SUS (PASCHE et al., 2006).

O financiamento da saúde foi apontado como uma barreira para o avanço da descentralização, pois ainda precisa ser garantido por meio de investimentos federais e estaduais. Além das barreiras relacionadas ao financiamento, estudos apontam que o processo decisório não é efetivamente compartilhado, visto que a esfera municipal detém menos recursos, e tem o poder reduzido, ficando subordinada às decisões das esferas federal e estadual havendo, portanto distintos graus de poder entre os entes federados, que impede o compartilhamento das decisões (PINTO; TANAKA; SPEDO, 2009; SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010; MOLESINI et al., 2010).

Outra dificuldade apontada pela Estratégia Saúde da Família (ESF) foi a referência para os serviços especializados de média e alta complexidade. Isso pode estar relacionado às pactuações se constituírem em um processo complicado, com regras e definições não delimitadas nos instrumentos de planejamento e

monitoramento (CORIOLANO et al., 2010; ALMEIDA et al., 2010; VIEGAS; PENNA, 2013; MELLO et al., 2014).

Em meio a alguns desafios descritos e ao processo de organização e descentralização da saúde ocorridos no sistema de saúde, observa-se que os municípios brasileiros foram empossados de maior autonomia política, entretanto, outras questões limitam ou dificultam essa mesma autonomia, pois, em decorrência da heterogeneidade do país, a mudança na alocação de recursos advinda da implementação da descentralização não tem sido suficiente para modificar o padrão de desigualdade no acesso aos bens e serviços de saúde (VIEGAS; PENNA, 2013).

Apesar do reconhecimento da autonomia desses membros da federação, a maioria dos municípios brasileiros é de baixo porte populacional (de 5 a 10 mil habitantes), sem atividade econômica consistente para autossuficiência fiscal e tributária e com baixa capacidade técnica na gestão municipal. Além de serem mais dependentes de transferências constitucionais, possuem baixa capacidade de arrecadação própria e despesas elevadas com o custeio do executivo e legislativo (LEITE, 2014).

De acordo com alguns autores, o processo de organização e construção do SUS ocorreu por meio de um movimento de autonomia e responsabilização radical para o ente municipal, visando respeitar o conceito de sistema descentralizado. Entretanto, a municipalização radical resultou em obstáculos na hierarquização e regionalização da rede de serviços (PASCHE et al., 2006; FLEURY; OUVRENEY, 2012).

Diante dos vários desafios da gestão apontados anteriormente, é necessário refletir o que para Matus (2005) são problemas de saúde, pois se tratam também de problemas político, econômico, organizacional que abrangem a prática social. Neste sentido, tornam-se um desafio múltiplo para a gestão, além da gestão pública apresentar baixa qualidade e capacidade de organização de seu pessoal para governar.

Esses desafios apontados precisam ser encarados pelos entes federados levando em consideração uma gestão compartilhada e interfederativa, para que o sistema de saúde se consolide enquanto um sistema de qualidade, resolutivo e integral para o usuário (PINAFO et al., 2016).



### 2.3 CONTRIBUIÇÕES DE CARLOS MATUS

Matus construiu sua teoria na área de planejamento a partir de experiências de trabalho, em situação de governo, na América Latina, e aponta uma vivência teórica e prática de quem governa para quem governa (CORDONI Jr.; CARVALHO; GIL, 2016).

A teoria de Matus - Teoria do Jogo Social, trata fundamentalmente do Planejamento Estratégico Situacional (PES), aprofunda a temática a respeito do ato de governar no campo do jogo social e prevê importantes contribuições com potencial explicativo para a área da política e da gestão em saúde (ZAMBRANO, 2005; MÜLLER NETO, 2010).

Para Lima (2010), Matus preocupa-se com o homem de ação em situação de governo. Sua produção teórica busca auxiliar o homem de ação a ampliar sua capacidade de intervenção diante de uma realidade cuja produção social ocorre a partir de jogos complexos e indeterminados. Em Teoria do Jogo Social, o autor constrói uma teoria capaz de embasar as ciências e as técnicas de governo, contribuindo de forma inestimável para o planejamento e para a gestão em saúde.

Desta forma, optou-se por utilizar esse referencial teórico, por considerá-lo relevante para dialogar com os dados empíricos do presente trabalho.

Para Matus (2005) o mundo social está em permanente construção, e se modifica no presente devido a marcas do passado, da história vivida, que o direciona e o orienta para o futuro. Vários elementos da realidade afetam diretamente a construção social, como os valores, as ideologias, os bens e serviços do mercado, a dinâmica das instituições, a vida quotidiana, os sonhos, as motivações, os problemas a serem enfrentados, a comunicação, o poder de uns e a fraqueza de outros.

As leis são criadas e alteram as regras na sociedade pela força da intencionalidade coletiva, superando assim a individualidade, porque os desejos e as intenções sociais são compartilhadas (MATUS, 2005).

Ao mesmo tempo em que o homem modifica a realidade ele também se desenvolve e se constrói em seu interior, quando se relaciona com outras pessoas a partir de sua vivência social e reflexão crítica sobre o mundo exterior, estruturando o seu interior a partir da tomada de consciência da existência do outro, da capacidade

de reflexão crítica e sensibilidade emocional. A conjunção destas características reforça a intencionalidade coletiva, e surge daí a concepção de jogo social que implica conceitos de coletividade, cooperação, concorrência, conflito, empatia ou antipatia (MATUS, 2005).

O jogo social é descrito por Matus (2005) como um sistema criativo, com variáveis imprecisas e incertas, que podem ser mutáveis devido ao fato da prática social ser considerada complexa, à medida que existem incertezas provenientes do mundo interior do homem.

Para Matus (2005), a realidade não deve ser observada e analisada de uma única forma, e a intervenção dessa realidade depende da posição do analista do jogo social, de seu propósito, do capital intelectual e da complexidade da realidade observada, por isso cada jogador tem o seu modo de conhecer e agir. O sentido e o porquê da ação são tão importantes quanto seu efeito.

A ação é distinguida por Matus (2005) como ação instrumental e ação social. A primeira é típica da aplicação das ciências naturais, e estabelece uma relação entre sujeito que explica e o objeto explicado; já a ação social implica a interação entre dois ou mais sujeitos ou atores de um jogo.

A ação é instrumental quando está orientada por regras técnicas que visam o sucesso, e acaba sendo avaliada por critérios de eficiência e eficácia técnica. Como exemplo da ação instrumental pode-se observar o que acontece na intervenção do homem no mundo físico. Nesse tipo de ação, o outro não existe, ou pode ser ignorado, não há observador humano e muito menos um ator com motivações. Já a ação social não só exige regras técnicas orientadas para a eficiência e a eficácia, como regras políticas, que acrescentam o conceito de viabilidade e aceitabilidade, pois por trás da ação social estão as motivações (MATUS, 2005).

A ação social pode ser estratégica ou geradora de acordos. Ela será estratégica se o ator ou jogador tentar contornar o obstáculo da ação discordante de um oponente em função de seu êxito; ou a ação será geradora de acordos, também chamada de comunicativa, quando se consegue o entendimento cooperativo entre os participantes do jogo em relação a um propósito coletivo, ou benefício comum, para que todos os participantes em interação possam atingir seus próprios objetivos. Portanto, ao contrário do que ocorre no caso da ação instrumental, a ação social deve conciliar a eficiência e a eficácia técnica com a viabilidade e com o juízo

humano de aceitabilidade, penetrando no mundo dos valores, do juízo humano e das paixões (MATUS, 2005).

Diante dessa complexidade do jogo social também se torna necessário compreender a insuficiência das ciências naturais, verticais, aceitando o conceito de ciências horizontais ou ciências da ação (MATUS, 2005, 2007).

Na prática profissional comum observa-se a vida quotidiana e sua relação entre a ciência e a prática, de acordo com os departamentos existentes nas universidades. Quando o profissional departamentalizado precisa atuar no jogo social, a fim de agir sobre os problemas sociais, surge uma relação de crise, pois neste caso, precisa introduzir em suas análises e decisões, critérios técnicos de outros departamentos relacionados com o problema que está enfrentando, critérios estratégicos para lidar com os outros atores, juízo intuitivo para complementar as ciências, e juízo de valor para avaliar a aceitabilidade e conveniência das ações (MATUS, 2005).

No âmbito da prática horizontal existem problemas de uma complexidade especial, pois se trata de uma prática multidimensional do jogo social que atravessa todos os departamentos das ciências e, além disso, interage com os diversos mundos do homem: mundo das relações políticas de poder; das relações de produção econômica; das relações na vida quotidiana; do interior do ser humano; da comunicação social; das relações organizacionais; dos valores; das ciências e da natureza (MATUS, 2005).

Como exemplo da prática vertical e horizontal, pode-se exemplificar o trabalho do profissional médico. Quando o trabalho do profissional médico é dirigido somente por um saber criado por disciplinas das ciências naturais contidas em seu aprendizado na universidade (prática vertical), não reconhece a essência do jogo social, que insere o homem de ação em uma prática da realidade concreta e complexa, objetiva e subjetiva da interação humana. Entretanto, ao exercer uma função de gestão, o médico estaria colocando-se dentro do jogo social da saúde, saindo do corte departamental-vertical para entrar na unidade horizontal do processo social. Nessa vertente, o médico assume uma perspectiva situacional em que seu trabalho na saúde pública acaba exercendo uma prática horizontal contida no jogo social, pois a área da saúde pública encontra-se entrelaçada em problemas de âmbito econômico, político e histórico, ou seja, problemas sociais (LIMA, 2010).

Na prática social, produz-se um choque inevitável entre a prática vertical própria da atividade profissional universitária, apoiada nas ciências e nas disciplinas departamentais, e a prática horizontal própria da ação social, apoiada no pragmatismo e na improvisação. Esse choque é inevitável porque os problemas interpessoais são necessariamente, em um nível superior, problemas sociais (MATUS, 2005).

### 2.3.1 Necessidade de Saúde, Problema, Atores Sociais e Análise Situacional

Um dos maiores desafios que a gestão do SUS enfrenta na atualidade consiste em organizar os serviços de saúde existentes e que estes funcionem com efetividade para dar conta de acolher e resolver os problemas de saúde trazidos pelos usuários.

Esta tarefa exige o desenvolvimento de diagnósticos interdisciplinares, participativos, que visam identificar aspectos objetivos e subjetivos do processo saúde/doença, e do atendimento das necessidades de saúde que dependerá da capacidade de articulação de ações intersetoriais e da criação de vínculos capazes de minimizar o sofrimento individual (CECÍLIO, 2001).

Vários autores discutem a diferença entre os conceitos de “necessidades e problemas de saúde”. Os dois termos são bastante utilizados, no entanto, percebe-se que no campo da saúde o conceito de “necessidade de saúde” é mais encontrado quando envolve o indivíduo, sujeito do processo saúde-doença, enquanto que o termo “problema de saúde” é utilizado, em maior proporção, em situações que envolvem a área do planejamento e da gestão dos serviços de saúde.

De acordo com o dicionário Aurélio, falar em necessidade nos remete a pensar no indivíduo que apresenta a privação de algo inevitável, indispensável, que não pode faltar para a sua subsistência ou sua saúde, de acordo com a sua percepção, e o problema, significa uma situação, questão matemática que exige solução (FERREIRA, 2014). Tentando analisar a distinção entre os dois conceitos aplicados à área da saúde, Castellanos (1997) refere que a diferença entre “necessidade” e “problema de saúde” está ligada ao conceito de “situação de saúde”, e que os problemas demandam abordagens mais complexas, com

prioridades que envolvem a subjetividade individual e coletiva dos atores em seus espaços cotidianos.

Para Cecílio (2001), problemas e necessidades de saúde são noções conexas, pois, a necessidade acaba sendo a tradução de problema em termos operacionais. Segundo Pineault e Daveluy apud Stotz (1991), problema corresponde a um estado de saúde deficiente na visão do indivíduo, médico ou coletividade. Necessidade representa a diferença entre o estado ótimo e o estado atual ou real.

Stotz (1991) refere que as necessidades de saúde costumam ser dinâmicas, cambiantes e históricas; possuem um componente de natureza subjetiva e individual. De acordo com o olhar de Stotz (1991), as necessidades de saúde podem ser organizadas em quatro grandes conjuntos, taxonomias, totalizadores da visão dos sujeitos individuais e coletivos: o primeiro conjunto diz respeito à necessidade de boas condições de vida; o segundo refere-se à necessidade de acesso a todas as tecnologias de atenção à saúde que melhorem e prolonguem a vida; o terceiro diz respeito à necessidade de ter vínculo com um profissional ou uma equipe de saúde (sujeitos em relação); e o quarto e último conjunto refere-se à necessidade de autonomia na construção do seu “modo de andar a vida” (a construção do sujeito).

Ao buscar encontrar uma definição sobre problema de saúde, Costa e Victora (2006) recorreram a alguns textos clássicos de medicina preventiva e de saúde pública que auxiliaram na sumarização deste conceito.

Estes autores apontam que Leavell e Clark (1976) definem problema de saúde considerando sua natureza, extensão, severidade e significância. Para Morley (1980) o problema de saúde leva em consideração o interesse da comunidade, e prioridades que abrangem sua prevalência, gravidade e necessidade de controle. Ao consultar o Oxford Textbook of Public Health, recomenda-se que para analisar um problema de saúde é preciso considerar a carga de mortalidade, morbidade e sofrimento causado pela condição que o indivíduo se encontra (FOWLER; AUSTOKER, 1997).

Várias interpretações são dadas ao conceito de problema de saúde, entretanto sua contextualização não precisa preencher todos os critérios ao mesmo tempo (COSTA; VICTORA, 2006).

No desenvolvimento da assistência à saúde, tanto as necessidades quanto os problemas de saúde emergem como desafios para gestão do SUS. Por se tratar de

um estudo na área da gestão da saúde, a presente pesquisa reconhece que as demandas dos serviços de saúde são oriundas de necessidades de saúde dos indivíduos e da população, as quais o olhar operacional do gestor municipal, conformam problemas de saúde que deverão ser identificados, analisados e trabalhados para que as metas e os objetivos de melhorar a situação de saúde da população sejam concretizados por meio de sua efetividade no âmbito da gestão local. Dessa forma, o presente estudo utilizará o termo “problema” de acordo com a realidade enfrentada pela equipe gestora de MPP e à luz da análise da Teoria do Jogo Social de Matus.

Ao tentar compreender a Teoria do Jogo Social, faz-se necessário atentar para alguns conceitos trazidos por Matus, como o de planejamento, problema, atores sociais e situação. Para Matus, o planejamento é a arte de governar em situações de poder compartilhado e requer um sistema democrático em que o ator nunca tem o poder absoluto e o conflito está sempre presente. Desta forma, planejar exige um equilíbrio entre a ação pensada e a ação improvisada, por um determinado tempo. O planejamento é visto como instrumento para libertar ou controlar (MATUS, 2005).

O planejamento situacional surgiu com enfoque para apreender a complexidade dos processos sociais e parte da identificação de problemas e de sua explicação situacional, favorecendo um olhar para fundamentar a ação do ator, considerando a visão e capacidade de ação de outros atores relevantes que devem, sempre que possível, estar envolvidos no enfrentamento de problemas (MATUS, 2005).

Para Matus (2005), a vivência em sociedade faz emergir problemas que são básicos e comuns a qualquer tipo de prática social e que a intensidade e a complexidade dos problemas sociais crescem em ritmo acelerado, enquanto a capacidade pessoal ou institucional para governar esses problemas fica cada vez mais distante de superar esse desafio.

Um problema científico não é um problema da prática social, e um problema social não é um problema científico. O problema científico é um desafio cognitivo e o problema social é um desafio para a ação, sendo formulado pela interação conjunta de múltiplas variáveis numa situação carregada de problemas, e é estudado para que se compreenda e calcule o resultado deste sobre a situação, a fim de que se

tome uma decisão sobre intervenções que venham resolver ou amenizar estes problemas. Observa-se que, nos problemas sociais, existem multiefeitos que são provenientes de multicausas (Matus, 2005).

Quando Matus (2005) aborda a área da saúde, revela que um problema de saúde não é apenas um problema médico, mas extrapola esta área abrangendo aspectos organizacionais, ecológicos, econômicos, políticos, etc. Para esse autor:

A prática social extrapola a formação profissional e, em qualquer âmbito, exige, dentre outras questões, que se explique a realidade, que se identifiquem e avaliem problemas e causas críticas, que se calcule sobre o futuro incerto, que se façam e avaliem-se propostas sobre os produtos e resultados de nossas ações, que se resolvam conflitos do conhecimento, que se faça análise estratégica para construir viabilidade, que se estudem os outros atores que participam no jogo social, que se faça o monitoramento da evolução das mudanças na realidade que esteja sob intervenção, e que se projetem ou modernizem organizações (MATUS, 2005, p.21).

Esses e outros vários problemas são comuns a toda prática social, e não se tratam de problemas simples, que possam ser resolvidos por intuição na própria prática. Além do mais, não se tratam apenas de problemas abstratos horizontais da prática. Qualquer problema social, por sua própria natureza, tem um conteúdo transdepartamental, não reconhecido pelas faculdades ou departamentos universitários e pelas especialidades científicas (MATUS, 1998).

Matus afirma que os homens na vida prática não dividem a realidade em disciplinas, mas em problemas que devem ser enfrentados, pois estes são o ponto central e permeiam a prática política, além de levar a população e as organizações ao sofrimento. Neste sentido, a célula básica do plano é o problema, e o planejamento adquire um sentido prático em relação a eles (MATUS, 1996).

O PES foi elaborado por Matus com intuito de propor um modo de processar tecnopoliticamente um conjunto de problemas que foram declarados prioritários para um ator no jogo político em que participa (MATUS, 1992;1996).

Para Matus (2005) existem dois tipos de problemas, os bem estruturados e os quase estruturados. Os sistemas regidos por leis produzem os bem estruturados, no entanto, nos sistemas criativos, o homem tem de lidar com os quase-estruturados. Assim, o homem é capaz de criar problemas bem-estruturados, mas ele próprio

pertence, e é produto de um sistema social caracterizado por problemas quase-estruturados.

Nos problemas bem estruturados as regras são precisas, claras, invariáveis, predeterminadas, elas existem antes da solução do mesmo e permanecem iguais após sua solução. O homem está fora e relaciona-se com o problema apenas para tentar solucioná-lo dentro das regras predeterminadas, e a solução de um problema não gera outros. Um problema está isolado de outros, e a solução de cada um não afeta a solução dos seguintes. As variáveis que o constituem estão dadas, são enumeráveis, conhecidas e finitas (MATUS, 2005).

Os problemas quase estruturados são descritos e analisados por regras, mas elas não são precisas, nem iguais para todos. O homem está dentro do problema, conhece, explica e cria as regras, às vezes modifica-as na tentativa de resolvê-los. O problema quase estruturado, mesmo que tenha uma dimensão técnica, sempre abrange a esfera sociopolítica e torna-se um desafio múltiplo, devido ao fato da solução de um problema gerar outros que estão conexos, pois o sistema é contínuo. O homem cria as possibilidades de solução e elas podem não ter existência prévia. A solução de um problema cria possibilidades ou dificuldades para a solução dos outros. Essas possibilidades de solução são infinitas e criadas pelo homem (MATUS, 2005).

Os problemas sociais são analisados por Matus (2005) como conflituosos e quase-estruturados, porque os mesmos surgem de uma desigualdade de resultados e de uma nebulosidade que envolve suas relações causais. Neles desenvolve-se o conflito cognitivo, emocional e de interesses. Ao tentar resolver os problemas, em cada jogada, produz-se um intercâmbio de problemas, que beneficia algumas pessoas, mas ao mesmo tempo, pode prejudicar outras.

De acordo com a posição que estes problemas ocupam em uma organização, eles podem ser considerados intermediários ou finais (terminais). Os problemas intermediários são vividos no cotidiano da organização e interferem na qualidade dos serviços prestados; já os finais são vividos diretamente pelos usuários (CORDONI Jr.; CARVALHO; GIL, 2016).

Na área da saúde, o objeto do trabalho são as “necessidades ou problemas de saúde”, ou seja, situações de várias espécies e origem, de difícil enfrentamento e quase estruturadas, que não possuem uma relação única e direta entre causa e



efeito. Assim, as propostas de intervenções frente a essas situações requerem um planejamento que considere os múltiplos fatores que as envolvem (CORDONI Jr.; CARVALHO; GIL, 2016).

Vale lembrar que, na visão de Matus (2005), o problema depende do ponto de vista e do lugar que o ator ocupa, pois para se constituir num problema, uma questão precisa ser reconhecida e declarada por um ator, com disposição e capacidade de enfrentá-la. Ele denomina “ator” a pessoa que vivencia o problema, pois esta representa um papel, tem um modo de ser, reúne necessidades e atributos únicos. A realidade não é igual para todos, não vemos o mesmo, ainda que participando de uma mesma realidade, pois as pessoas são diferentes e também vivem uma realidade diferente da dos outros, mesmo fazendo parte do mesmo jogo social. A cada dia o jogo, seja de uma forma direta ou indireta, faz e fez um investimento desigual no patrimônio cognitivo, ético, sensitivo e histórico de cada ator que participa dele.

Para Matus:

As pessoas estão marcadas por suas experiências, circunstâncias, formação intelectual, intuitiva e moral. Cada ator vê a realidade com seus próprios óculos. Compreende a realidade com diferente vocabulário, diferentes teorias, diferente proporção entre juízo analítico e juízo intuitivo, diferentes informações, diferentes capacidades de leitura do mundo (MATUS, 2005, p.177).

Matus (1994) revela que o conceito de ator requer o cumprimento de três critérios simultâneos: ter base organizativa, ter um projeto definido e controlar variáveis importantes para a situação. O ator se refere a pessoas e não a instituições, por exemplo, o secretário municipal de saúde é o ator que assina o plano, e não a secretaria municipal de saúde.

Na presente pesquisa os atores que interpretam esses problemas são as pessoas que fazem parte da gestão, ou seja, a equipe gestora dos MPP e o secretário municipal de saúde. Cada qual, dentro de seu contexto social e realidade enfrentada, faz parte e tem seu papel no jogo social da gestão do SUS, em busca do enfrentamento de problemas oriundos de necessidades individuais ou coletivas dos usuários desse sistema.

Além do ator principal, outros atores devem ser considerados, pois controlam recursos ou variáveis importantes no jogo social.

Os atores, em certa medida, são detentores de um poder. Como exemplo, pode-se referir ao papel do secretário municipal de saúde que é detentor de um poder político, pois ao assumir este cargo, tomou posse de um capital mínimo para exercer sua função, perante a indicação que este ator social teve frente à representatividade do poder executivo.

No jogo social, o poder dos atores que exercem a gestão do SUS acaba sendo compartilhado em meio às relações e decisões que permeiam a área da saúde.

Este poder é compartilhado em várias situações como nas relações que envolvem os usuários, a comunidade, os profissionais de saúde, outros secretários municipais e também nas decisões de cunho regional ou estadual.

De acordo com Muller Neto (2010), outro conceito importante a que Matus faz alusão é o de situação ou explicação situacional, que consiste no recorte problemático traçado em função de um projeto de ação feito pelo ator quando este analisa a realidade e seus problemas desde dentro da situação. A explicação situacional exige sempre uma visão interdisciplinar, multissetorial, policêntrica, dinâmica, adaptável e ativa. Ativa porque a explicação fundamenta a ação do ator e está sempre voltada para a intervenção e adaptável porque adequa-se à situação nacional, regional, local, ou setorial (saúde), considerando os vários espaços de governabilidade onde atuam as forças sociais.

A explicação situacional refere-se às múltiplas dimensões da realidade: política, econômica, ideológica, cultural, ecológica etc. É dinâmica, pois articula passado, presente e futuro, e ativa, pois cada ator busca com a explicação fundamentar sua ação. A situação está sempre referida a um ator, à sua própria explicação da realidade, mas inclui a explicação, o ponto de vista dos outros atores envolvidos (ARTMANN, 2001).

Artmann (2001) vê o conceito de situação e análise de situação de Matus como possibilidade para a ação comunicativa e destaca a sua característica policêntrica que torna completamente diferente a explicação de uma realidade problemática do diagnóstico tradicional. A explicação situacional nessa leitura é um diálogo entre o ator e outros atores, cujo relato é assumido por um dos atores (ator-eixo ou principal), em coexistência em uma realidade conflitante que admite outras visões. Esse enfoque pode ser interpretado à luz da concepção habermasiana tanto

como ação estratégica como ação comunicativa. Como ação estratégica o ator principal apenas pretende complementar sua informação e aumentar a eficácia do seu plano. A interpretação comunicativa seria de um diálogo aberto entre vários atores que explicitam suas posições e constroem cooperativamente seus planos de ação.

Tendo como base os conceitos de Matus sobre problemas, atores sociais e explicação situacional, concebe-se que a área da gestão do SUS em MPP é permeada por problemas sociais oriundos das necessidades dos indivíduos e coletividade e que, de acordo com a análise da situação social e da realidade enfrentada pelo serviço de saúde, os atores sociais representados pela equipe gestora podem utilizar várias alternativas de solução e/ou estratégias de gestão para enfrentar esses problemas.

No enfrentamento dos problemas, a equipe gestora depara-se com jogos de poder oriundos da dinâmica da gestão em saúde, que necessitam ser trabalhados e conduzidos a possibilidades de um atendimento eficaz, eficiente, e de qualidade, que vise uma melhor assistência à saúde desta população na realidade dos MPP.

Verifica-se que a Teoria do Jogo Social de Carlos Matus é pertinente para análise dos dados empíricos da presente pesquisa, especialmente para análise do poder que circula nas relações da gestão.

Com o objetivo de compreender a Teoria do Jogo Social, a seção seguinte traz uma abordagem sobre o poder nas relações sociais e os Nove Jogos do Poder.

### 2.3.2 O Poder nas Relações Sociais e os Jogos do Poder

O poder está presente em todas as relações humanas. Na tentativa de solucionar um problema é necessário entender o porquê desse problema e ter capacidade para o enfrentamento do mesmo, ou seja, é preciso ter poder (GIOVANELLA, 1989).

Ele é conceituado por vários autores. Lordêlo e Pontes (2009) definem poder como a capacidade de fazer uma decisão transformar-se em realidade. O dicionário Aurélio define-o como direito de agir, de decidir, de mandar, ou seja, são atribuições que alguém pode exercer em função do seu cargo (FERREIRA, 2014). Bobbio, Matteucci e Pasquino (1998) referem que o poder social não está nas coisas, mas

na relação entre as pessoas. Para Giovanella (1990) o poder também traz a possibilidade de oposição, o vislumbre de transformar a realidade, modificar as inter-relações.

Na área da saúde, para tentar resolver os problemas e atuar no setor, é necessário reconhecer que ele é influenciado pelas desigualdades sociais, que são mantidas por meio de uma determinada distribuição de poder na sociedade. Trata-se, portanto, de afetar uma das relações que constroem a sociedade moderna: o poder (GIOVANELLA, 1989).

As relações de poder estão presentes em todos os setores. Na área da saúde, estão presentes em várias situações, como na disputa pela alocação de recursos, na relação do usuário com o serviço de saúde, nas necessidades de reprodução da força de trabalho, controle social, enfim, presente entre as contradições que se manifestam como conflitos entre atores oponentes, que se expressam internamente aos serviços na forma de micro poderes, nos conflitos entre pessoal administrativo e técnico, na relação médico-paciente, dentre outras (GIOVANELLA, 1989).

Para que o poder não seja utilizado abusivamente, Campos (2011) defende o seu uso na forma de democratização institucional, que por meio da cogestão e do agir comunicativo, instituem-se formas de prática compartilhada da clínica e dos processos educativos, o direito de defesa, a liberdade de opinião e de associação.

O poder é uma categoria analítica que explica a realidade, e sua ideia inicia-se a partir do desenvolvimento das sociedades modernas capitalistas, ligada ao Estado. Para compreender a justificativa da necessidade de manutenção da ordem social, é necessário analisar o Estado em maior profundidade, buscando aproximação às determinações do poder na sociedade (GIOVANELLA, 1989).

O Estado é considerado a instância mais representativa do poder “na medida em que sobrepõe a todas as demais manifestações de poder disseminadas na sociedade, sejam elas coletivas ou individuais” (LORDÉLO; PONTES, 2009, p.85).

Ao analisar as relações de poder internas às instituições, verifica-se que elas se externalizam ocasionando diferentes tipos de impactos sobre a sociedade: econômicos, sociais, políticos, culturais. Esses impactos sobre os indivíduos, grupos sociais e instituições afetam as pessoas através da modificação de sua consciência (STOPPINO, 1986). As consequências do impacto do exercício do poder sobre a

consciência individual e coletiva concretizam-se nas formas organizativas das práticas e essas formas organizativas afetam as pessoas pela modificação de sua consciência (GIOVANELLA, 1989).

De acordo com Giovanella (1989), as relações existentes nas práticas internas às organizações conformam os seus sujeitos e essa conformação estende-se para a sociedade por meio das práticas sociais reprodutivas, ou seja, as práticas sociais que as pessoas realizam fora da esfera do trabalho. A prática dentro do processo produtivo constrói a consciência do sujeito, esta consciência reproduz no processo produtivo a forma de poder contida naquela prática, ou seja, as relações internas externalizam-se e tornam-se a base da forma como as pessoas se relacionam, em geral, na sociedade, pois as relações sociais de produção são o ordenador principal do comportamento social.

Frente à discussão sobre o poder, faz-se necessário, para maior aprofundamento da pesquisa, compreender a dinamicidade desse poder em relação aos Jogos de Poder propostos por Matus.

Para Matus (2005), o sistema social é um grande jogo, complexo, nebuloso e de final aberto, composto de vários outros jogos individuais entrelaçados. Esses jogos acabam sendo simultâneos e coexistem no mesmo tempo e espaço físico, possuem dinâmica própria, particularidades, e reproduzem em seu interior todos os outros jogos de forma subordinada. O jogo social divide-se em lógicas de jogo superpostas, com uma intersecção dominante.

Ao analisar uma lógica de jogo, verifica-se a definição do tipo de poder que se está disputando e as regras para sua disputa. O poder disputado em cada jogo é incompleto e torna-se ameaçado em sua solidez requerendo componentes de poder de outros jogos. O poder real reside no domínio do grande jogo social, e tal domínio reside no controle da lógica do jogo de maior peso (MATUS, 2005).

As diversas lógicas de jogo exigem diferentes regras de controle e diferentes capacidades de produção social, pois cada jogo tem suas próprias regras e uma função de produção das jogadas permitidas (MATUS, 2005).

Müller Neto (2010) destaca que Matus usa a metáfora do jogo e a teoria da produção social para explicar a organização. Essa metáfora do jogo analisa a organização como um jogo de regras básicas, de fato e formais, em que os atores ou jogadores reconhecem e respeitam-nas, e fazem suas jogadas por meio do

desenvolvimento de estratégias dentro do espaço de variedade possível definido por essas regras, que embora não sejam fixas, vigoram por períodos mais ou menos prolongados.

Os participantes do grande jogo social desenvolvem uma constante luta pelo poder, pois o poder é meio e fim, por isso é gratificante ter sua posse ou usá-lo, e para alguns participantes, o poder como meio é mais gratificante que o poder como fim. Essa luta pelo poder é canalizada por meio da competição pela supremacia de um dos jogos sobre os outros, ou pela competição pelo domínio em cada jogo. O domínio reside no controle das regras e valores, e as regras impõem a lógica do jogo enquanto que os valores impõem a aceitabilidade das regras (MATUS, 2005).

É um jogo de nove poderes, no qual estão em disputa tanto a identidade do grande jogo dominante como os atores dominantes em cada jogo. É uma competição entre nove poderes, que pressionam para conseguir a supremacia e impor aos demais jogos sua lógica de funcionamento. Trata-se da competição pelo poder no grande jogo que coordenará a lógica dos oito jogos subordinados.

Segundo os postulados da teoria PES, o poder reside na desigualdade das regras de jogo, que confere vantagens a uns e desvantagens a outros. A desigualdade das regras pode ser evitada, mas as desigualdades pessoais são inevitáveis, essa desigualdade é a lei de desenvolvimento do jogo social, e sua dinâmica é impelida pelo propósito de ganhar ou perder graus de igualdade. A abolição ideal das desigualdades representaria a abolição do poder. Assim, no jogo social existem dois tipos de conflitos: a luta para impor o jogo dominante e a luta pelo poder dentro de cada jogo (MATUS, 2005).

De acordo com Matus (2005), os nove jogos, nos quais os atores disputam os poderes, são:

- **O jogo político**, no qual se disputa e se distribui o poder político, civil e militar, cuja função é criar, concentrar e distribuir o poder social. É um jogo entre atores em disputa pelo controle dos diversos sistemas de governo em vigor no jogo social, e combina a luta por motivações pessoais com as motivações ideológicas, expressas em projetos sociais.
- **O jogo econômico** tem a função de produzir os bens e os serviços demandados pela população para satisfazer suas necessidades, distribuir a renda,

distribuir a propriedade de bens econômicos, manter sob regulação as principais variáveis macroeconômicas e estabelecer as relações de intercâmbio com o mundo exterior. O jogo econômico liberta ou subjuga o homem através da satisfação das necessidades econômicas. É um jogo entre empresários e consumidores, pelo controle dos recursos econômicos e pelo domínio dos mercados.

- **O jogo da vida quotidiana** é o jogo do homem em seu local de residência, lutando por resolver os problemas de saúde, moradia, educação, segurança, equipamentos urbanos, serviços básicos etc. A qualidade de vida é o critério dominante na avaliação desse jogo.

- **O jogo pessoal** é um jogo entre indivíduos, na luta por ocupar posições pessoais no jogo social, desta forma, há debate entre o polo egocêntrico do benefício pessoal e o polo exocêntrico do benefício social. O jogo produz a pessoa, e a pessoa produz o jogo.

- **O jogo da comunicação** realiza o apoio a todos os outros jogos no plano do entendimento e da comunicação entre os jogadores, e se estabelece a disputa pela transparência, opacidade e controle da interação humana através da linguagem como poder de comunicação, geradora de convicções e motivações. Sua função é produzir a interação comunicativa que é funcional para o jogo dos atores dominantes.

- **O jogo macroorganizacional** cuja função é produzir a ação organizacional, que é uma ação humana coletiva capaz de materializar a produção institucional a serviço de qualquer um dos outros jogos. É um jogo de coordenação, concorrência e cooperação institucional e, ao mesmo tempo, de luta pela distribuição de governança e de poder organizacional. Esse jogo está limitado pela governabilidade e pelo atrito burocrático, que encurrala o homem entre a ação individual, a concentração da governabilidade macroorganizacional e o atrito burocrático da ação organizacional centralizada.

- **O jogo dos valores** é a consciência de todos os outros jogos. É um jogo travado no mundo interior do homem (a consciência fechada) e entre os homens (a consciência aberta). Nesse jogo se produz e se distribui o poder das convicções e das emoções. Sua função é a de criar, renovar ou defender os valores éticos, étnicos, estéticos, religiosos e ideológicos, e aplicá-los ao juízo humano do

intercâmbio de problemas, a fim de propor respostas quanto à finalidade última do jogo. É um jogo que se desenvolve também em cada consciência individual.

- **O jogo das ciências** possui a função de criar, acumular, conservar e distribuir conhecimentos. É o jogo que liberta ou subjuga o homem através da conquista e distribuição do conhecimento científico acerca dos vários mundos da sua realidade.

- **O jogo da natureza** constitui o capital fixo proporcionado pelos ecossistemas ao desenvolvimento do jogo social, e no qual se disputa o controle dos recursos escassos da natureza e no seu uso de acordo com os critérios de sua preservação ou sua exploração, em relação com a eficiência e a efetividade dos jogos que demandam recursos naturais.

De acordo com Matus (2005), em cada jogo tomam parte atores específicos. No jogo político os atores são os partidos políticos, os grupos de pressão, os movimentos e organizações. No jogo econômico, os atores são os grupos econômicos, empresas, sindicatos e consumidores. No jogo da vida quotidiana, o ator central é a família em seu local de residência. No jogo pessoal, o ator é cada indivíduo como unidade básica de todos os jogos. No jogo da comunicação, os atores são todos os anteriores, da mesma forma que no jogo macroorganizacional, pois se trata de jogos de intermediação ou serviço. No jogo dos valores, os atores são a elite crítica pensante do jogo, e as comunidades de reflexão ética, estética e emocional. No jogo das ciências os atores são os cientistas e as comunidades científicas. E no jogo da natureza, o ator anônimo é a própria natureza, acompanhada por suas reclamações expressas pelos grupos ambientalistas, que assumem o papel de porta-vozes da mesma perante os demais atores do grande jogo.

Um jogo em particular tem como contexto ativo os outros oito jogos; logo, o resultado ou marcador desse jogo está condicionado pela dinâmica de todos os jogos, especialmente do jogo dominante. Cada jogo distribui o poder de forma desigual, pois só desigualmente é capaz de satisfazer as carências e os problemas que motivam os jogadores em seu espaço de funcionamento e controle. Assim, distribui satisfações para uns poucos, e necessidades insatisfeitas para muitos. A desigualdade do poder em um só jogo é coerente com a desigualdade



correspondente em todos os outros jogos. É nessa desigualdade que radica a dinâmica do jogo e a luta pelo progresso social (MATUS, 2005).

Quanto mais efetivas forem a dinâmica e a lógica de um jogo, maior será sua ameaça de invasão do espaço dos outros jogos, e mais forte e visível se tornará o intercâmbio de problemas. Todos os jogadores aspiram realizar um intercâmbio favorável de problemas, mas só alguns alcançam esse objetivo e melhoram sua posição e suas vantagens no jogo (MATUS, 2005).

Os problemas que a gestão municipal vivencia podem ser analisados e discutidos na perspectiva dos jogos sociais, pois ao analisar e conhecer o tipo de jogo, sua força e dinâmica, a equipe gestora terá maior possibilidade de compreender e enfrentar a situação da gestão nos municípios menores. Tais problemas agravam-se no contexto dos municípios menores, pois estes municípios estão envolvidos em uma problemática maior, em que o SUS ainda não é visto enquanto um projeto hegemônico defendido pela sociedade.

Visando entender as formas ou alternativas de resolução dos problemas, a seção seguinte irá abordar alguns pensamentos de Matus que abrangem o âmbito de governo no Jogo Social.

### 2.3.3 A Gestão no Âmbito do Governo e do Jogo Social: Cooperação, Conflito e Estratégia

Para Matus (2005) o ato de governar é interferir no desenvolvimento do jogo, tendo a intenção de alcançar um propósito. Governar é a ação de conduzir organizações para um projeto de sociedade e requer processar problemas conflituosos, com base em variáveis imprecisas e incertas.

Tradicionalmente o conceito de governo refere-se à gestão a partir do comando do Poder Executivo do Estado, atrelado à condução do jogo político e econômico. Governo é sinônimo de comando, direção, coordenação e condução. No entanto, existem nove jogos e em cada um deles existe algum tipo de governo pertinente à lógica do jogo (MATUS, 2005).

Matus (2005), em sua proposta teórica, analisa governo com inicial minúscula e maiúscula. Com inicial minúscula refere-se a governo como sinônimo de condução

seja ela em qualquer posição de um jogo e em qualquer um dos nove jogos. O único requisito para governar é controlar algum centro de poder. Há, portanto, vários tipos de governo, tanto em cada jogo como nos diversos jogos do grande jogo social. Como exemplo, pode-se inferir o jogo político que possui vários tipos de governos, como governos regionais, locais e comunitários.

Com a inicial maiúscula, Matus aponta o Governo quando se refere ao governo de um país, pois é o governo dos governos. No caso do Brasil que abrange estados e municípios, os entes federados se corresponsabilizam pelo Governo. Esse autor sinaliza que se governa para enfrentar os problemas gerados pelo jogo, de acordo com o valor dos mesmos para o ator que tem a governabilidade sobre tais problemas, assim desenvolve-se um projeto de governo que é uma oferta de intercâmbio de problemas (MATUS, 2005).

Também, não existe somente um governo, e sim, sistema de governos, pois trata-se de um jogo onde coexistem várias posições de governo, com diferentes pesos, que ao mesmo tempo podem ser opositores ou colaboradores de outros governos. O governo é exercido por meio de alguns jogadores líderes que executam as jogadas (MATUS, 2005).

Matus (2005) enfatiza que a qualidade da organização do aparelho de governo é um aspecto da capacidade institucional de governo, e também contribui para a governabilidade. Por seu lado, o contexto situacional sintetiza os principais fatores determinantes da governabilidade. Assim, Matus refere que governar requer a articulação de três variáveis, e utilizou-se da figura do triângulo para explicar importantes fundamentos do PES: Projeto de Governo, Governabilidade e Capacidade de Governo (Figura 1).

- Projeto de Governo (P): são objetivos e ações propostos que se comprometem com a mudança rumo à situação esperada. Cria-se uma proposta que estabelece um padrão de satisfações para a população, no entanto, gera um intercâmbio de problemas conflituoso (MATUS, 2005).

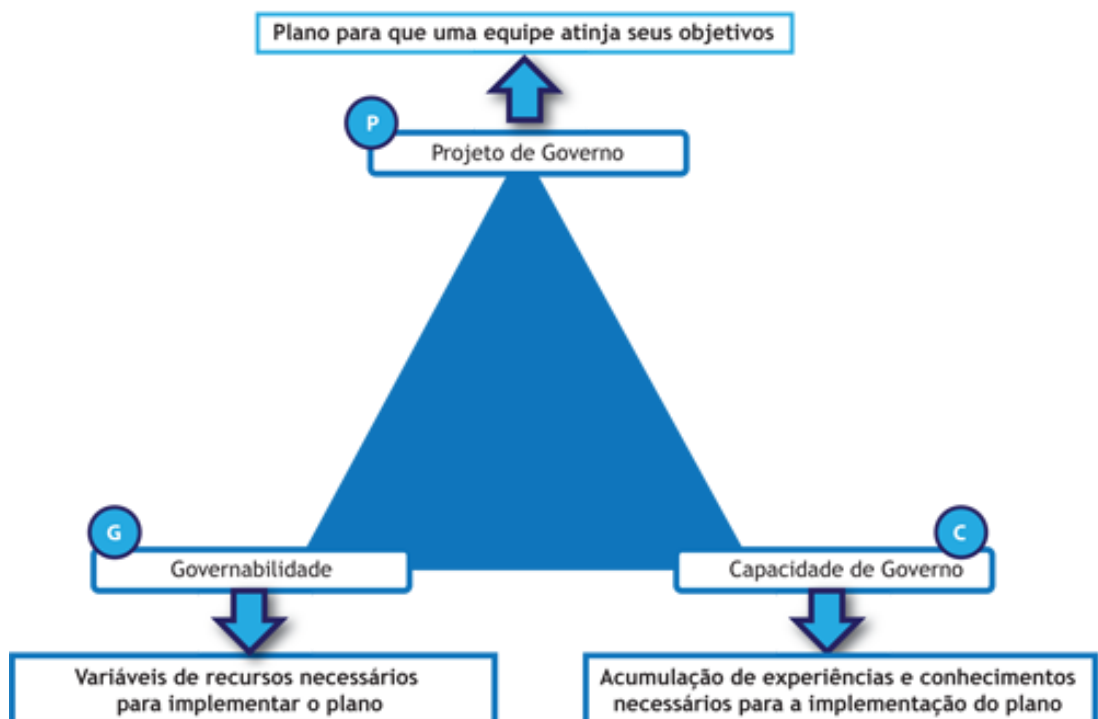
Como exemplo pode-se verificar o conteúdo da proposta de governo apresentado no plano de governo, que são as intenções e compromissos assumidos pelo gestor no momento da eleição ou previamente a ela. O Projeto ou Plano de Governo evidencia as intencionalidades dos atores no momento da disputa pelos cargos de poder (CORDONI JR.; CARVALHO; GIL, 2016).

- Capacidade de Governo (C): exprime as competências, habilidades, técnicas, métodos e tecnologias disponíveis para a execução do plano, são os meios para governar, conduzir, manobrar e superar as dificuldades da mudança proposta (MATUS, 2005).

Essa variável está implícita em competências, habilidades, métodos e técnicas de gestão que a equipe gestora utilizará para a execução de seu plano. De acordo com Cordoni Jr., Carvalho e Gil (2016) a capacidade de governo é composta pelo capital intelectual, experiência e acúmulo pessoal e institucional existente na organização.

- Governabilidade (G): sintetiza o grau de dificuldade da proposta e do caminho que é preciso percorrer, e que é verificável por meio do grau de aceitação ou rejeição do projeto e da capacidade dos atores sociais para respaldar suas motivações favoráveis, adversas ou indiferentes (MATUS, 2005).

**Figura 1 - Triângulo de Governo de Carlos Matus**



Fonte: UFMS. Curso de Pós Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família, s/d.

A governabilidade reflete o balanço entre as variáveis controladas e as não controladas pelo ator, o domínio sobre a situação. O sucesso do plano depende da

eficácia das estratégias dos oponentes e dos aliados (CORDONI JR.; CARVALHO; GIL, 2016). Essa variável traz a reflexão sobre o domínio da situação que a equipe gestora deve ter, para isso ela deve saber qual caminho a percorrer, ter capacidade e desenvolver estratégias de gestão que irão levar a bons resultados na gestão.

Ao analisar o triângulo de governo de Matus (Figura 1), verificam-se três variáveis inter-relacionadas, porém diferenciadas. Essas três variáveis sintetizam um modelo simples e ao mesmo tempo poderoso para a compreensão do processo de governo (MATUS, 1994).

Observa-se que o projeto de governo é um conjunto de propostas de ação, a governabilidade do sistema aponta uma possibilidade de ação, e a capacidade de governo sinaliza para as capacidades de ação, assim, uma ação humana é tida como uma coisa comum aos três sistemas (MATUS, 2005).

Matus (2005) refere que a capacidade de governo é uma variável central, no entanto acaba sendo a menos valorizada, e representa a experiência acumulada na pessoa do dirigente, em sua equipe e na própria instituição. Para ele a capacidade de governo de um ator é velada pelas jogadas que esse ator realiza. As jogadas são o modo de intervenção dos atores no jogo, e cada jogada significa a realização de uma operação.

Esse autor compara o jogo social a uma competição, que pode gerar o conflito ou a cooperação dentro de um jogo e entre os nove jogos. Cada jogador relaciona-se com os demais jogadores, mas vive a realidade do jogo como uma situação particular, tomando a posição sobre o jogo, posição esta que define sua relação com os outros jogadores participantes do jogo social (MATUS, 2005).

Ao tomar posição, o ator alinha-se em um modo de jogar coerente com seu propósito perseguido que pode ser em posição de cooperação ou de conflito, combinadas com atitudes de indiferença, isso dependerá do grau de conflito ou concordância de seus objetivos. Essa posição é assumida em relação aos seus problemas, jogadas ou operações (MATUS, 2005).

As posições dos jogadores mostram o sinal de interesse e suas motivações pela jogadas. Essas motivações determinam o valor da operação junto com o interesse, ou seja, a motivação tem o sinal da posição e da dimensão do valor que esse jogador possui pela jogada. Desse modo, os jogadores podem estar em conflito

quanto à posição e ao valor que atribuem a uma operação, ou rejeitarem (interesse) uma operação à qual atribuem elevada importância (valor) (MATUS, 2005).

Nessa vertente, Matus (2005) refere que o jogo social combina a cooperação e o conflito. A cooperação pode ser aberta ou limitada. Quando a cooperação ocorre de forma transparente, com troca de informações entre os colaboradores, esta se caracteriza como cooperação aberta. Já quando a cooperação se dá por meio da opacidade de intenções com a falta de informações sobre as possibilidades e a situação em que estão jogando, ocorre a cooperação limitada.

Por outro lado, o conflito pode ser caracterizado como cognitivo, emocional e de interesse. O conflito cognitivo toma como pressuposto os modos diferentes de conhecer e apreciar a realidade, com os consequentes efeitos sobre a ação, tem sua origem na diferença de leituras da realidade, no poder e rigor dos argumentos, valores e convicções dos atores (MATUS, 2005).

O conflito emocional é originado das relações de simpatia ou antipatia pessoal entre os atores, ou de predisposição favorável ou contrária a situações ou jogadas, sem fundamento racional. Ele ocorre no plano das relações sentimentais entre atores ou entre esses e o mundo das coisas e dos fatos. E o conflito de interesse, que se caracteriza pelo fato de o benefício de uns serem as perdas dos outros, ocorre e é resolvido pelo valor da força relativa entre os jogadores (MATUS, 2005).

Esses três tipos de conflito estão inter-relacionados, e verifica-se que o conflito cognitivo que não for esclarecido alimentará o conflito de interesses, assim como o conflito de interesses pode gerar conflitos emocionais, especialmente os do tipo interpessoal.

Matus (2005) salienta que a produção de conflito entre dois atores ocorre porque existe um desencontro contraditório de interesses, valores, sentimentos ou tradições, que acaba sendo alimentado por uma determinada leitura da realidade. Cada ator tem uma certa capacidade para assumir ou descartar conflitos.

Para desarticular um conflito é preciso compreendê-lo, buscar sua origem e isso implica uma autorreflexão e análise situacional. Observa-se que o conflito cognitivo penetra em todos os outros, no entanto, o ideal seria dissolver o conflito no plano cognitivo até achar um modo de cooperação (MATUS, 2005).

Ao analisar os tipos de conflito na visão de Matus, verifica-se que tanto o conflito cognitivo quanto o conflito emocional pressupõe como tipo de ação a

tentativa de construir o consenso e como solução visa o acordo consensual. Entretanto, o conflito de interesses requer do ator a utilização da ação estratégica que possui como solução a imposição, a negociação e o confronto.

Para uma melhor compreensão da ação dos atores no jogo social, é necessário se aproximar e conhecer o conceito de estratégia na visão do jogo social.

O conhecimento da realidade e dos problemas de saúde são artefatos primordiais e indispensáveis para o desenvolvimento de estratégias necessárias para o enfrentamento dos problemas que envolvem a gestão do SUS.

De acordo com Matus (1978) a estratégia é uma categoria do possível em função do necessário. Segundo Giovanella (1989), no método PES, Matus ressalta o momento estratégico como um momento dedicado ao como fazer, pois é onde se constroem caminhos para se atingir a imagem-objetivo, e onde se coloca o conceito de estratégia em prática, tomando-a como arte e ciência de tornar possível, de reduzir as incertezas e acumular forças.

Para Lazzarato (2006, p.250-251) observa-se que as estratégias são uma faceta inerente às relações humanas. Seriam, em contrapartida, “jogos de poder móveis, reversíveis, instáveis, que permitem aos diferentes parceiros disparar e colocar em ação estratégias para modificar as situações”. Estas relações humanas não possuem conotação negativa, já que resultam de ações livres, que pressupõem a liberdade de serem revertidas, desfeitas e modificadas.

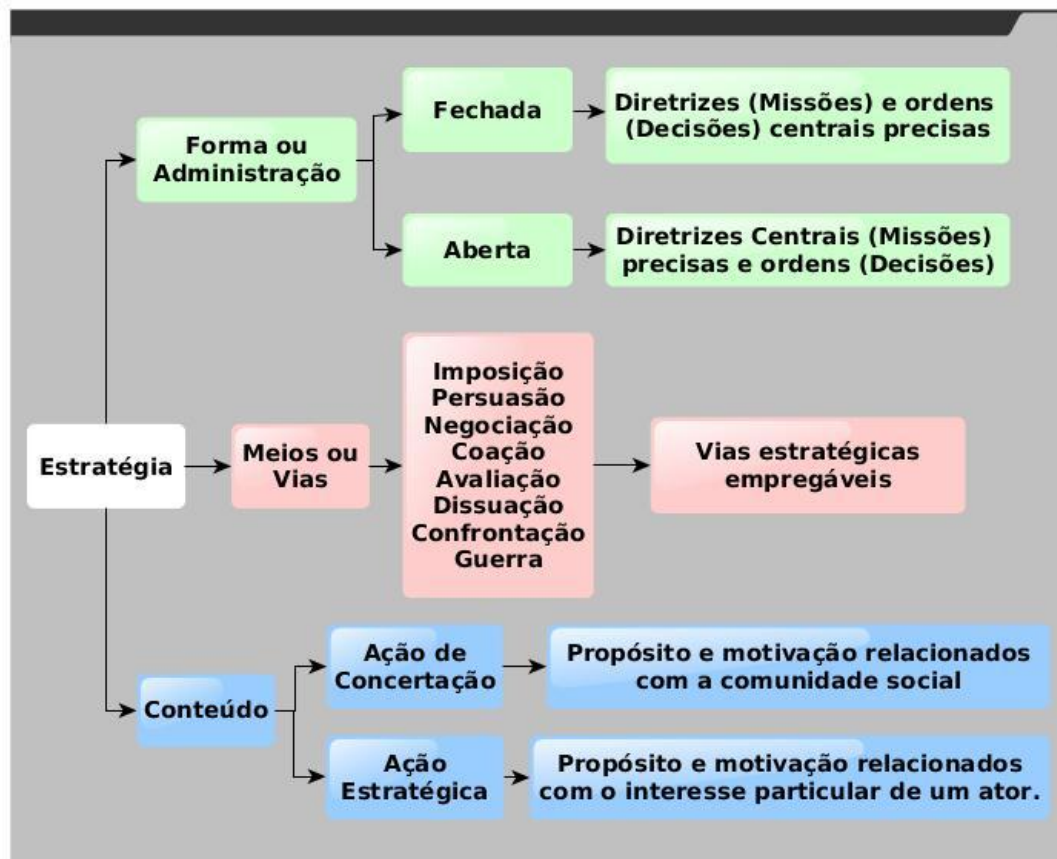
De acordo com Lima (2010), Matus aborda a estratégia como a forma de lidar com os outros jogadores, diante de situações cujos objetivos e interesses são divergentes e as circunstâncias que cercam o jogo social tornam-se conflitantes.

Em meio ao jogo social, uma estratégia é um cálculo de interação social que toma consciência da existência do outro para alcançar o resultado perseguido. No entanto, os resultados que qualquer ator persegue em seu jogo fogem a seu controle e ficam apenas dentro de seu espaço de influência, pois uma jogada contribui para um resultado, mas não o determina. Nesse intuito, percebe-se que ninguém é dono da eficácia de suas ações, e que sempre depende dos outros, assim é preciso conceber uma maneira de tratar com os outros jogadores para aumentar a probabilidade de êxito do resultado perseguido (MATUS, 2005).

Matus (2005) distingue três planos de caracterização de uma estratégia: o plano de sua administração, ou forma na direção interna do ator; o plano das vias

escolhidas para lidar com o outro; e o plano do conteúdo do propósito, em relação ao interesse particular ou o interesse da coletividade social. Estes três planos estão descritos no quadro 1.

**Quadro 1** - Três planos de caracterização de uma estratégia.



Fonte: Matus (2005)

De acordo com sua forma, a estratégia pode ser fechada ou aberta. A estratégia fechada é centralizadora e hierárquica, e ocorre quando uma equipe central decide a missão e também formula e toma as decisões. O ator que deve cumprir a missão não tem espaço de liberdade para conceber uma estratégia operacional, e não pode empregar sua criatividade nas decisões sem ter consultado o nível superior (MATUS, 2005).

A estratégia aberta, ao contrário, é uma estratégia que descentraliza as decisões deixando espaço de liberdade para o uso da criatividade e da informação. Existe uma divisão de trabalho em que a equipe central estabelece a estratégia de

missão e os operadores formulam a estratégia de operação ou decisão (MATUS, 2005).

Lazzarato (2006) refere que as técnicas de governo desempenham um papel central nas relações de poder, pois será por meio delas que os jogos estratégicos podem ser fechados ou abertos, ou seja, pelo seu exercício são cristalizadas e fixadas relações assimétricas institucionalizadas (estados de dominação), ou são tidas relações fluidas e reversíveis, abertas às subjetivações que não condizem aos estados de dominação.

Ao analisar as possibilidades de meios estratégicos verifica-se que esses são numerosos. É possível seguir o caminho da imposição, da negociação, da persuasão, da coação, do julgamento em tribunais, da dissuasão, da confrontação e da guerra. Já a estratégia, por seu conteúdo e propósito, fica marcada por se privilegiar da ação acordante ou da ação estratégica, dois tipos de ação que não são compatíveis entre si (MATUS, 2005).

A ação de concertação tem seu propósito e motivação relacionados com a comunidade social, já na ação estratégica o propósito e a motivação estão relacionados ao interesse particular de um ator (MATUS, 2005).

Na visão de Artmann (2001), Matus refere que a estratégia é necessária tanto para as operações que exigem cooperação com outros atores como para as de oposição e confronto e a escolha da melhor estratégia depende do tipo das operações e da relação de forças, ou seja, dos recursos que cada ator pode mobilizar a seu favor.

As operações que envolvem estratégias de consenso acabam sendo mais viabilizadas, no entanto, em relação às operações de conflito, estas dependem da análise da relação de forças, principalmente da força política de quem as apoia versus a força de quem se coloca contrário à sua realização e das estratégias desenvolvidas (ARTMANN, 2001).

Segundo Matus (1994), as estratégias devem ser voltadas para os atores contrários à ação ou para aqueles indiferentes, visando a busca de apoio. Pode-se empregar mais de um tipo de estratégia, no entanto, é preferível evitar a confrontação direta e o conflito aberto devido ao alto desgaste que ocorre, sendo melhor investir em estratégias de negociação e cooperação na busca de maior apoio e legitimação para os projetos.



Ao decidir executar uma estratégia e realizar uma jogada, o ator deve levar em conta que o jogo social combina ações diretas e transparentes com ações disfarçadas, ou seja, existe a possibilidade de um duplo jogo. O método PES refere a existência de dois tipos de jogadas: as operações OP e as operações OK. As operações OP tem o objetivo de obter a eficácia das metas e as operações OK buscam a aceitabilidade. Essas operações podem e devem complementar-se para criar viabilidade e aceitabilidade, com a garantia da eficácia das jogadas (MATUS, 2005).

A operação OP é caracterizada como uma jogada de êxito, que marca pontos e produz um resultado importante, porque enfrenta um ponto crítico de algum problema no jogo do ator. Já a operação OK é tida com uma jogada de apoio, de finta, de disfarce e complemento à produção de uma operação OP (MATUS, 2005).

Matus (2005) refere que as operações OK não tem sentido em si mesmas, elas estão a serviço da produção das jogadas OP, por isso são servidoras devido ao fato das operações OP serem difíceis ou até impossíveis de se realizarem.

Ao analisar estas operações verifica-se que as operações OP são jogadas excepcionais e não acontecem todos os dias, já as operações OK são executadas diariamente e abrem caminho para a primeira. Neste sentido, pode-se referir que as jogadas OP apresentam a racionalidade técnica, e as jogadas OK a racionalidade política, e a interseção entre as duas representa a razão tecnopolítica, ou seja, devem ser levadas em consideração devido à importância para o êxito dos operações realizadas pelo jogador.

A construção referente ao Poder nas relações sociais, aos Jogos de Poder, a Gestão nos âmbitos de governo do jogo social, a Cooperação, o Conflito e as Estratégias orientados pela teoria de Carlos Matus, os elementos teóricos que embasarão o referencial teórico do presente estudo foram apresentados.

Na sessão seguinte será explanada uma proposta de modelo teórico que articule os conceitos referenciados para a análise dos problemas e das estratégias de gestão utilizadas pela equipe gestora em seu cotidiano de trabalho.

## 2.4 MODELO TEÓRICO EXPLICATIVO PROPOSTO

Para melhor compreensão do objeto deste estudo – os problemas e as estratégias de gestão – no âmbito da gestão municipal, foi construído um modelo teórico explicativo.

Como qualquer “modelo” que tenta explicar uma realidade complexa e subjetiva, o modelo proposto pode enfrentar limitações, pois como salienta Matus (2005), não existe somente uma maneira para se observar a realidade.

A realidade da gestão do SUS no município é representada na figura 2.

Para a análise da gestão do SUS, desenvolvida no cotidiano de trabalho da equipe gestora nos municípios brasileiros, deve-se considerar a estrutura federativa brasileira, que é composta por três esferas autônomas de governo, a federal, a estadual e a municipal e que possuem poder político para o exercício da atividade administrativa (DOURADO; ELIAS, 2011).

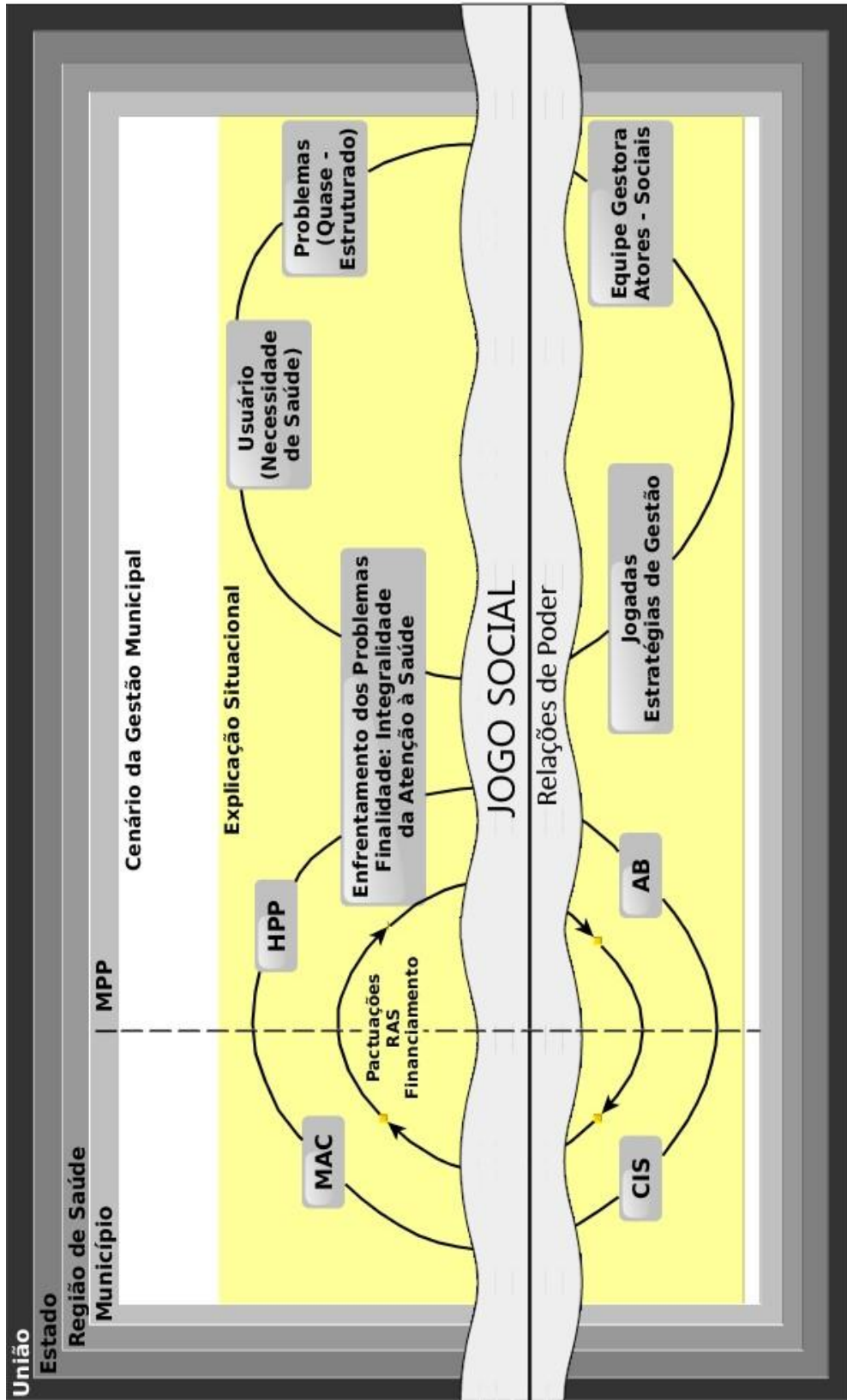
Ao município foram transferidos encargos e recursos para que ele se responsabilizasse pelo provimento de bens e serviços aos cidadãos (BERCOVICI, 2004).

A política de saúde proposta pelo SUS está alicerçada no arranjo federativo brasileiro e requer a articulação das três instâncias de governos, por meio de uma gestão interfederativa com mecanismos de negociação e cooperação, para que os recursos sanitários necessários sejam garantidos em prol da integralidade da atenção à saúde da população (NICOLETTO, 2015).

Para que o SUS se concretize no cotidiano dos municípios menores é necessário entender como o jogo social ocorre na gestão destas localidades.

Os atores responsáveis pela gestão, representados pela equipe gestora, buscam constantemente realizar ações em favor de melhorias para a assistência à saúde de seus munícipes. No entanto, esta realidade é cercada por relações de poder e por jogos de poder que demandam habilidades e destrezas por parte destes atores, para jogarem e enfrentarem as demandas advindas da gestão no cotidiano da realidade municipal.

Figura 2 - A Gestão do SUS no Município



Fonte: Adaptado de NICOLETTO, 2015.

O usuário do SUS possui necessidades de saúde que emergem no cotidiano dos serviços de saúde e para sua assistência, estas necessidades são analisadas na perspectiva da gestão como problemas que demandam habilidades por parte da equipe gestora para seu enfrentamento.

Matus refere que os homens na vida prática dividem a realidade em problemas que devem ser enfrentados, pois estes permeiam a prática política (MATUS, 1996).

Os problemas da gestão devem ser enfrentados para sua resolução, ou pelo menos, para serem amenizados. Para isso, a equipe gestora utiliza-se de vários tipos de estratégias de gestão na busca de proporcionar uma atenção à saúde de qualidade e viabilizar a integralidade da atenção à saúde para o usuário do SUS.

O contexto da gestão municipal é permeado pelos nove tipos de jogos de poder: econômico, político, macroorganizacional, pessoal, da vida quotidiana, da natureza, da comunicação, dos valores e das ciências. Todos estes jogos estão presentes no jogo social da gestão do SUS e a presente pesquisa tem a pretensão de compreender a dinâmica da gestão do SUS nos MPP, buscando analisar os problemas de gestão e as estratégias desenvolvidas para seu enfrentamento.

O referencial teórico e o modelo teórico-explicativo da presente pesquisa auxiliaram a construção do arcabouço teórico que norteou a análise deste estudo. Pretende-se assim, por meio dos resultados e de sua discussão, revelar como ocorre a gestão nos pequenos municípios na perspectiva dos jogos de poderes de Carlos Matus.

## **OBJETIVOS**

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 GERAL:

- Compreender a dinâmica da gestão do SUS em MPP.

#### 3.2 ESPECÍFICOS:

- Caracterizar a equipe gestora de MPP segundo variáveis demográficas, de formação e de trabalho;
- Analisar os problemas demandados aos gestores no cotidiano da gestão do SUS;
- Analisar as estratégias de gestão utilizadas para o enfrentamento desses problemas;
- Elencar os limites e os desafios da gestão municipal.

# **PERCURSO METODOLÓGICO**

#### **4 PERCURSO METODOLÓGICO**

A presente pesquisa é um subprojeto, fruto de uma pesquisa maior denominada “A gestão do trabalho no SUS em Municípios de Pequeno Porte do Paraná a partir do olhar da Equipe Gestora” que foi aprovada pelo edital do PPSUS/2013 e apoiada financeiramente por meio da Chamada Pública de Projetos 04/2012 - Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde: Gestão Compartilhada em Saúde (PPSUS) – Edição 2011 (Fundação Araucária/FA-PR / SESA-PR / MS-DECIT / CNPq), sendo desenvolvida no período de 01 de fevereiro de 2013 a 31 de dezembro de 2015.

Dessa forma, este subprojeto utilizou parte da metodologia realizada na pesquisa maior e para ampliar a compreensão sobre a dinâmica da gestão do SUS em MPP com aprofundamento do conhecimento sobre os problemas e as estratégias de gestão utilizadas no cotidiano destes municípios, traz uma abordagem de natureza quantitativa e qualitativa.

Ao escolher a metodologia do estudo, primeiro foi analisada a natureza do problema investigado. Para isto, é preciso discutir o caminho do pensamento que o objeto de investigação requer, as concepções teóricas e o conjunto de técnicas que possibilitarão a compreensão da realidade (MINAYO, 2004; MINAYO; DESLANDES, 2002).

Desta forma, o caminho percorrido para o desenvolvimento da pesquisa deu-se em dois movimentos: o primeiro de caráter exploratório e descritivo objetivou reconhecer e caracterizar as pessoas chave que realizavam a gestão do SUS nos MPP; e o segundo, compreensivo, buscou compreender a dinâmica da gestão do SUS em MPP com a análise dos problemas e as estratégias de gestão utilizadas no cotidiano da gestão destes municípios. Assim, o primeiro movimento foi denominado “Descortinando a Equipe Gestora” e o segundo “A Escuta da Equipe Gestora”.



#### 4.1 O CAMPO DE PESQUISA

O estudo foi desenvolvido nos MPP da macrorregião norte do Paraná, da qual fazem parte a 16<sup>a</sup>, 17<sup>a</sup>, 18<sup>a</sup>, 19<sup>a</sup> e 22<sup>a</sup> RS. Segundo a Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004), são definidos como municípios de pequeno porte I, localidades com menos de 20.000 habitantes, objeto desta pesquisa (BRASIL, 2005a).

O quadro 2 apresenta os municípios estudados com suas respectivas populações, por RS.

Do total de 97 municípios das cinco RS, 82 são considerados de pequeno porte representando 84,5% dos municípios que compõem a macro região norte do Paraná, sendo os 82 municípios pesquisados.

#### 4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de estudo foi constituída pelo secretário de saúde e pelos trabalhadores de saúde que integravam a equipe gestora dos MPP à época da coleta dos dados.

**Quadro 2** - Municípios com menos de 20 mil habitantes, pertencentes à 16ª, 17ª, 18ª, 19ª e 22ª Regional de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, 2010.

Municípios 16ª RS	População	Municípios 17ª RS	População	Municípios 18ª RS	População	Municípios 19ª RS	População	Municípios 22ª RS	População
Bom Sucesso	6.568	Alvorada do Sul	10.298	Abatia	7.753	Barra do Jacaré	2.727	Arapuã	3.554
Borrazópolis	7.877	Assaí	16.368	Congonhinhas	8.279	Carlópolis	13.706	Ariranha do Ivaí	2.453
Califórnia	8.069	Bela Vista do Paraíso	15.080	Itambaracá	6.759	Conselheiro Mairinck	3.627	Cândido de Abreu	16.662
Cambira	7.236	Cafeara	2.695	Leópolis	4.145	Figueira	8.293	Cruzmaltina	3.162
Faxinal	16.317	Centenário do Sul	11.178	Nova América da Colina	3.480	Guapirama	3.886	Godoy Moreira	3.337
Grandes Rios	6.625	Florestópolis	11.220	Nova Fátima	8.153	Jaboti	4.895	Jardim Alegre	12.325
Kaloré	4.503	Guaraci	5.247	Nova Santa Bárbara	3.911	Japira	4.910	Lidianópolis	3.972
Marilândia do Sul	8.855	Jaguapitã	12.256	Rancho Alegre	3.955	Joaquim Távora	10.735	Lunardelli	5.156
Marumbi	4.599	Jataizinho	11.859	Ribeirão do Pinhal	13.522	Jundiá do Sul	3.433	Manoel Ribas	13.164
Mauá da Serra	8.553	Lupionópolis	4.592	Santa Amélia	3.804	Pinhalão	6.210	Mato Rico	3.822
Novo Itacolomi	2.827	Miraselva	1.858	Santa Cecília do Pavão	3.646	Quatiguá	7.044	Nova Tebas	7.389
Rio Bom	3.334	Pitangueiras	2.814	Santa Mariana	12.437	Ribeirão Claro	10.690	Rio Branco do Ivaí	3.897
Sabáudia	6.095	Porecatu	14.183	Santo Antônio do Paraíso	2.412	Salto do Itararé	5.178	Rosário do Ivaí	5.586
São Pedro do Ivaí	10.164	Prado Ferreira	3.434	São Jerônimo da Serra	11.336	Santana do Itararé	5.249	Santa Maria do Oeste	11.497
		Primeiro de Maio	10.832	São Sebastião da Amoreira	8.629	São José da Boa Vista	6.511	São João do Ivaí	11.523
		Sertanópolis	15.637	Sapopema	6.736	Siqueira Campos	18.446		
		Tamarana	12.232	Sertaneja	5.817	Tomazina	8.788		
				Uraí	11.472	Wenceslau Braz	19.294		

Fonte: IBGE, 2010.

### 4.3 COLETA DOS DADOS

#### 4.3.1 Primeiro Movimento: Descortinando a Equipe Gestora

Neste movimento optou-se pela realização de uma pesquisa exploratória, com a finalidade de identificar e caracterizar os trabalhadores que desempenhavam funções gestoras nos MPP (CARVALHO et al., 2017a).

Este movimento foi constituído por uma fase exploratória, cujo objetivo foi de conhecer o objeto de estudo no contexto e na realidade em que ele estava inserido, abrindo os caminhos para que o segundo movimento pudesse ser elaborado a partir de uma aproximação maior do campo de estudo, além de uma maior compreensão e precisão do mesmo (TRIVIÑOS, 2007; PIOVESAN; TEMPORINI, 1995).

Nesta etapa foram desenvolvidas as atividades de:

- Participação em reuniões das Comissões Intergestores Regionais (CIR), das quais fazem parte os secretários de saúde dos municípios. Nessas reuniões o projeto de pesquisa foi apresentado e solicitado aprovação e apoio para o desenvolvimento do mesmo. Após concordância de todos os presentes foi solicitado aos secretários o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) (CARVALHO et al., 2017b).

- Levantamento, junto aos trabalhadores das regionais de saúde da macronorte, do nome das pessoas chave para o desenvolvimento das seguintes atividades: gestão do fundo municipal de saúde, operação dos sistemas de informação, gestão da força de trabalho, vigilância sanitária e epidemiológica, gestão dos serviços de saúde, coordenação de programas e da Estratégia Saúde da Família (ESF), regulação e auditoria, planejamento e avaliação, de cada município da região. A escolha destas instâncias de gestão foi definida pelo grupo de pesquisadores, após discussão com alguns técnicos das Regionais de Saúde, considerando que esses são os espaços determinantes para os municípios na operacionalização/implementação do SUS (CARVALHO et al., 2017b).

- Entrevista com os Secretários Municipais de Saúde para identificação e/ou confirmação das pessoas que compunham a Equipe Gestora da Secretaria Municipal de Saúde (Apêndice B) (CARVALHO et al., 2017b).

O levantamento dos dados oriundos das RS e das entrevistas com os secretários municipais subsidiaram a obtenção de uma relação das pessoas que faziam parte da equipe gestora dos MPP. A partir de então, ocorreu o preparo dos trabalhos para iniciar a obtenção dos dados do segundo movimento. Para isso, houve um contato prévio com os municípios a fim de agendar a visita do grupo de pesquisa para a realização das entrevistas.

#### 4.3.2 Segundo Movimento: A Escuta da Equipe Gestora

O segundo movimento foi realizado em duas etapas. A primeira etapa contribuiu com o estudo exploratório descritivo, no qual foram entrevistados os membros integrantes da equipe gestora dos MPP. Os dados foram coletados “*in locu*”, em que foram visitados os 82 municípios das cinco regionais em estudo e entrevistados um total de 744 gestores.

A entrevista ocorreu por meio de um roteiro estruturado (Apêndice C), que buscou caracterizar a equipe gestora segundo variáveis demográficas, de formação e de trabalho. As questões identificaram aspectos como: sexo, idade, formação, preparo para exercício do cargo, tempo de atuação no serviço de saúde, tempo de atuação no cargo e experiência anterior em gestão e o conhecimento e a participação na elaboração dos instrumentos de gestão.

As entrevistas foram realizadas pela equipe de pesquisadores, composta por docentes e discentes de cursos de graduação e pós-graduação da UEL, e ocorreu nos locais de trabalho dos entrevistados, tendo início em meados de 2013 e concluída em julho de 2014. Os dados foram digitados simultaneamente à realização da entrevista, em tablet, em uma planilha do programa Excel.

Por meio da visita aos municípios pôde-se observar e conhecer a realidade dessas localidades, a distância dos municípios das sedes das regionais, as condições das estradas e as características sócio-demográficas desses locais.

A segunda etapa deste movimento foi de natureza qualitativa e objetivou compreender os problemas e as estratégias de gestão utilizadas para seu enfrentamento no cotidiano do trabalho da equipe gestora.

Considerando a natureza analítica desta pesquisa e a necessidade de compreender a dinâmica dos processos de gestão por meio do olhar de quem faz a

gestão do SUS nos MPP, foi realizado um curso denominado “Gestão do SUS em MPP do Norte do Paraná”, com o objetivo de possibilitar um espaço pedagógico de reflexão sobre a realidade da gestão em saúde para a equipe gestora, além de auxiliar na coleta de dados do Projeto de Pesquisa (CARVALHO et al., 2017c).

Dessa forma, além de garantir a coleta de dados, pensou-se em oportunizar um momento pedagógico para os gestores, com a preocupação de ouvir os sujeitos da pesquisa e para que esta servisse como propulsora de transformação e fortalecimento na integração ensino–serviço e não somente como mera fase de um trabalho acadêmico.

Participaram desta fase pessoas chave, representantes das equipes gestoras dos municípios estudados, que foram apontadas pelos pesquisadores e por informantes das regionais de saúde como pessoas de referência e de destaque em seu trabalho e que exerciam um papel imprescindível na gestão do SUS em seus municípios, além de, preferencialmente, terem participado da primeira parte dos trabalhos.

A equipe de pesquisadores organizou o curso e este foi realizado nos municípios sedes das cinco regionais estudadas, no período de abril a julho de 2015. As atividades foram desenvolvidas em dois dias, com três períodos presenciais, períodos esses chamados de Encontros.

A duração do curso foi de 12 horas presenciais em cada região (foram realizados três encontros em cada região, e cada encontro teve duração de quatro horas). As datas de realização dos cursos foram definidas junto aos convidados para que oportunizasse a participação de todos. Participaram 67 pessoas, em média de 10 a 15 pessoas por RS. Essas pessoas eram representantes da equipe gestora, exerciam um papel de destaque e também foram caracterizadas quanto ao sexo, idade, formação e cargo que exerciam na gestão.

A abordagem pedagógica escolhida constituiu-se de estratégias de ensino-aprendizagem que oportunizasse aos gestores se expressarem sobre as funções que exerciam, sua responsabilidade, sua liberdade e seu compromisso, enquanto profissional da área da saúde (CARVALHO et al., 2017c).

Para isso, em cada Encontro desenvolveu-se um diálogo compartilhado, no qual os pesquisadores iniciaram o curso com a apresentação de resultados já levantados na primeira parte da pesquisa e também sobre dados de revisões

bibliográficas realizadas sobre os temas disparadores de questões que estariam sendo analisadas na segunda parte da pesquisa. Estas apresentações foram propulsoras da discussão para a segunda etapa da pesquisa (CARVALHO et al., 2017c).

Os temas dos encontros foram divididos em três grandes objetivos, visando abranger os objetivos da pesquisa maior. Foram organizados em: Encontro 1: Estratégias de Gestão do SUS em MPP; Encontro 2: Políticas de Saúde Fortalecedoras da Atenção Básica nos MPP; Encontro 3: A gestão dos recursos humanos do SUS nos MPP (CARVALHO et al., 2017c).

Com vistas a oportunizar uma maior interação entre os participantes, e permitir que, a partir de suas próprias falas, os gestores se percebessem como grupo, foram desenvolvidas dinâmicas de trabalho no início de cada encontro. Após a dinâmica de abertura, os pesquisadores retomavam os objetivos da pesquisa e em seguida, iniciavam a devolutiva dos resultados encontrados na primeira parte da pesquisa.

O recorte da presente pesquisa ocorreu com base no Encontro 1 que discutiu as estratégias de gestão do SUS em MPP (Apêndice D). A pesquisadora apresentou os resultados da pesquisa maior que foram denominados “Conhecendo a realidade dos MPP da macronorte”, que discutiu indicadores de saúde, número de estabelecimentos, investimentos em saúde, perfil da equipe gestora dos municípios em estudo, destacando-se os dados referentes à realidade dos municípios por regional, comparando com os dados dos demais municípios da macrorregião norte do estado do Paraná. Também foram apresentados os resultados referentes ao conhecimento da equipe gestora sobre os instrumentos de gestão em saúde.

Após a apresentação de resultados referentes à primeira fase da pesquisa maior, foi apresentado um estudo, desenvolvido pela pesquisadora, denominado “Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas”, que abordou, a partir de extensa revisão bibliográfica, os resultados de outras pesquisas sobre o processo de descentralização da gestão do SUS para os municípios e suas implicações para a garantia do acesso e da atenção integral. Nesse estudo bibliográfico foram sistematizados os avanços, as limitações e os desafios do processo de descentralização para os municípios.

Durante as apresentações houve uma abertura para discussão com os participantes, visando que estes analisassem a realidade do local em que atuavam.

Posteriormente, abriu-se para o debate com os membros das equipes gestora participantes do referido curso, com as seguintes questões norteadoras (Apêndice D):

- Que tipo de problemas (ações e serviços) identificam no município em que atuam?
- Quais estratégias de gestão utilizam para o enfrentamento desses problemas?
- Quais são os limites existentes no âmbito municipal para o enfrentamento dos problemas de saúde?
- Como enfrentar estes desafios da gestão?
- Que caminhos vislumbram para a gestão dos MPP?
- O Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e COAP retratam as estratégias utilizadas para resolver os problemas que possuem no município? De que forma?

#### 4.4 TRANSCRIÇÃO E CODIFICAÇÃO DAS FALAS

As discussões ocorridas durante os encontros foram gravadas para análise e compreensão dessa realidade. A gravação das discussões ocorridas nos encontros foi transcrita na íntegra, por duas profissionais contratadas, e tal transcrição foi conferida pela pesquisadora.

Para a garantia do anonimato dos participantes, as falas foram codificadas por letras do alfabeto e por números. Primeiramente, os grupos foram denominados pela letra “G”, e em seguida pela letra inicial da regional a que pertencia (A, C, L, J, I) e conforme as falas foram surgindo, foram designados por números sequenciais (1, 2, 3, 4...).

Os vícios de linguagem foram retirados para melhor compreensão das falas.

As gravações dos encontros serão destruídas após conclusão deste trabalho.

## 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise do dados ocorreu em duas etapas. A primeira etapa deu-se por meio da análise quantitativa, utilizando-se o Programa EPI INFO versão 3.5.1 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos), por meio da análise de frequência.

Na segunda etapa, foram analisados os dados qualitativos por meio de um aprofundamento em relação à abordagem teórico-metodológica apresentada a seguir:

### 4.5.1 Abordagem Teórico-Metodológica para a Análise dos Dados Qualitativos

Ao buscar a interpretação do texto e contexto desta tese utilizou-se como proposta teórico-metodológica a abordagem compreensiva como caminho possível para análise do problema abordado neste estudo.

Para Gadamer (1999), a compreensão significa a capacidade da pessoa colocar-se no lugar do outro, entender-se com os outros. Na pesquisa científica, significa a pessoa do pesquisador se colocar no lugar da outra pessoa que está investigando.

A compreensão se refere, ao mesmo tempo, ao que é comum, por meio de operações de comparação e ao que é específico, como contribuição peculiar de cada autor (MINAYO, 2012).

Compreender implica a possibilidade de interpretar, de estabelecer relações e extrair conclusões em todas as direções, e acaba sendo o “compreender-se”. Mas compreender significa também estar exposto a erros e a antecipações de juízos. A compreensão só alcança sua verdadeira possibilidade quando as opiniões prévias com as quais se inicia uma relação não são arbitrárias. Nesse sentido, existe uma polaridade entre familiaridade e estranheza buscando esclarecer as condições sob as quais surge a fala (MINAYO, 2008).

Para Gadamer (1999) a compreensão só é possível pelo estranhamento, pois a necessidade do entendimento nasce do fracasso da transparência da linguagem e da própria incompletude e finitude humana.



A utilização da abordagem compreensiva na presente pesquisa auxiliará na produção do conhecimento em relação aos processos sociais que ocorrem na gestão do SUS em MPP, para a compreensão, aprofundamento e discussão da dinâmica da gestão do SUS, dos problemas e estratégias utilizados pela equipe gestora.

Para a análise dos dados empíricos da presente pesquisa foi utilizado o material produzido pela gravação e transcrição dos cursos sobre a gestão dos MPP, realizados em todas as regionais estudadas, para a formação de um conjunto, um corpus a ser tecnicamente trabalhado.

Primeiramente, foi realizada a leitura horizontal e exaustiva dos textos produzidos. Esta etapa inicial de contato com o material de campo exigiu a anotação das primeiras impressões do pesquisador, iniciando-se a busca de coerência interna das informações. Esse exercício inicial, também chamado de “leitura flutuante”, permitiu apreender as ideias centrais dos atores sociais, os momentos-chave, e suas posturas sobre o tema (MINAYO, 2010).

Num segundo momento, foi realizada a leitura transversal do material, e feito o recorte de cada texto em unidade de sentido, colocando as partes semelhantes juntas, buscando perceber as conexões entre elas (MINAYO, 2008).

Após essa fase, numa segunda tarefa, foi feito o enxugamento desta classificação, agrupando tudo em categorias empíricas, buscando compreender e interpretar o que foi mais relevante (MINAYO, 2008).

O material também foi analisado à luz do referencial teórico produzido e em consonância com o modelo teórico explicativo proposto.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS E FINANCIAMENTO

A pesquisa respeitou as normas relativas a pesquisas que envolvem seres humanos, conforme Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2013a) do Conselho Nacional de Saúde e foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEL, em 14/09/2012, sob o parecer nº 146/2012 (Anexo 1).

Os participantes foram informados sobre a pesquisa, a gravação e consultados sobre sua participação e utilização anônima dos dados. A autorização

dos mesmos foi consubstanciada pelo preenchimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A)

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos resultados possibilitou a constituição das seguintes categorias, apresentadas a seguir:

- ✓ Descortinando os atores sociais que fazem parte da gestão do SUS;
- ✓ Os problemas da gestão em municípios de pequeno porte;
- ✓ As estratégias realizadas no cotidiano da gestão;
- ✓ Limites da gestão do SUS em Municípios de Pequeno Porte.

### 5.1 DESCORTINANDO OS ATORES SOCIAIS QUE FAZEM PARTE DA GESTÃO DO SUS

A gestão em saúde depende de vários determinantes para sua concretização, dentre eles verifica-se a importância de pessoas capacitadas, motivadas e com disponibilidade para desenvolver o processo de gestão do SUS nos diferentes cenários em que ele se apresenta.

O presente capítulo tem o propósito de revelar quem são os atores sociais que fazem parte da gestão do SUS nos MPP, caracterizando a equipe gestora a partir de aspectos referentes à escolaridade, ao preparo formal, à experiência na gestão, e ao conhecimento e à participação na elaboração dos instrumentos de gestão.

Essa caracterização da equipe gestora foi desenvolvida pelo grupo de pesquisadores do projeto maior, no qual a presente pesquisadora se insere.

Neste sentido, os dados apresentados referente à escolaridade, ao preparo formal e à experiência na gestão são frutos de análises já concluídas e publicadas pelos pesquisadores no livro denominado “Gestão da Saúde em Pequenos Municípios: o caso do Norte do Paraná” (CARVALHO et al., 2017d), e de uma dissertação de mestrado denominada “Autopercepção da equipe gestora sobre o preparo para o desempenho da função de gestão em saúde em municípios de pequeno porte” (BONFIM, 2016).

A abordagem sobre o conhecimento e participação da equipe gestora na elaboração dos instrumentos de gestão, bem como a descrição do perfil das pessoas de referência dos municípios, que participaram da segunda etapa do

segundo movimento de coleta de dados (curso), são frutos específicos da presente pesquisa.

Os MPP fazem parte dos vários cenários e realidades nos quais o SUS acontece na vida do cidadão. A importância e as peculiaridades da estrutura dos MPP revelam a necessidade de compreender o processo de gestão nesse território e verificar a situação vivenciada pela equipe gestora a partir do olhar desses próprios atores. Os atores sociais fazem parte do jogo social da gestão do SUS e por isso são considerados jogadores.

Esse jogador terá maior poder político acumulado se possuir maior possibilidade de produzir jogadas em relação aos atores com menor poder político (MATUS, 2005).

A presente pesquisa parte da perspectiva de que a equipe gestora se posiciona enquanto atores sociais e jogadores responsáveis pela transformação da realidade da gestão do SUS nesses municípios pequenos. Nesse sentido, conhecer as características desses atores sociais permitirá compreendê-los em suas jogadas e as relações de poder que existem no jogo social da gestão.

De acordo com levantamento junto às RS e entrevista com secretários municipais de saúde, indicou-se o nome de 828 trabalhadores que fizeram parte da amostra inicial. Foram entrevistados 744 profissionais que exerciam a função de gestão, totalizando 10% de perdas. Do total dos entrevistados, 155 (20,8%) eram da 16ª RS de Apucarana; 127 (17,1%) da 17ª RS de Londrina; 175 (23,5%) da 18ª RS de Cornélio Procopio; 170 (22,9%) da 19ª RS de Jacarezinho; e 117 (15,7%) da 22ª RS de Ivaiporã (CARVALHO et al., 2017d).

Entre os entrevistados, houve predominância de profissionais do sexo feminino (498 - 66,9%), o que ressalta o crescimento da participação da mulher no mercado de trabalho e a feminilização da força de trabalho da saúde (MENDONÇA et al., 2010; MACHADO; OLIVEIRA; MOYSÉS, 2011; OHIRA; CORDONI JUNIOR; NUNES, 2014).

A média de idade dos trabalhadores da equipe gestora foi de 37,8 anos (dp. 9,75), sendo a idade mínima de 19, a máxima de 69 anos e moda de 32 anos (idade mais frequente). Em relação à distribuição por faixa etária, 392 (52,7%) dos entrevistados situavam-se na faixa de 30 a 44 anos. A faixa etária da equipe gestora encontrada na presente pesquisa corrobora os resultados do estudo de Figueiredo

et. al. (2010) que analisou gestores da ESF em municípios de pequeno, médio e grande porte em uma região do Rio Grande do Sul e a média de idade foi de 35 anos. Entretanto, diverge dos resultados encontrados nos estudos de Peduzzi (2007) e Vanderlei (2005), realizados com gestores, em que a média de idade foi de 45 e 46,5 anos, respectivamente.

Ao analisar a escolaridade dos gestores, verificou-se que 70,5% dos entrevistados referiram possuir ensino superior completo com e/ou sem pós-graduação (Tabela 1). Este resultado revelou um aumento da formação em nível superior dos gestores municipais, e corroborou os achados de outras pesquisas que também verificaram o predomínio do ensino superior completo entre os profissionais da atenção básica e gestores municipais (VANDERLEI, 2005; PEDUZZI, 2007; RIBEIRO, 2012; NUNES; CARVALHO; SANTINI, 2012; OHIRA; CORDONI JÚNIOR; NUNES, 2014).

Os estudos de Nunes et al. (2015) realizados com profissionais da atenção básica verificaram que esses trabalhadores possuíam níveis de escolaridade adequados ou superiores aos exigidos para seu cargo, e que, mesmo atuando em municípios pequenos isso não era um fator de impedimento ao acesso à qualificação.

Quanto à área da graduação, 60,3% dos participantes com ensino superior completo, possuíam cursos na área da saúde (Tabela 1). Esse mesmo achado tem sido apontado por outros estudos que envolveram gestores em municípios de pequeno, médio e grande porte (ALVES; PENNA; BRITO, 2004; VANDERLEI, 2005; PEDUZZI, 2007; FIGUEIREDO, 2010; RIBEIRO, 2012; CARVALHO et al., 2014; OHIRA; CORDONI JÚNIOR; NUNES, 2014).

A formação do gestor é um aspecto importante para o avanço da gestão, pois a complexidade desse cargo acaba exigindo conhecimento na área da saúde, sobre as necessidades da população e sobre o SUS. Essa formação pode auxiliar o gestor a entender e enfrentar o contexto em que se encontra inserido, além de possibilitar uma direcionalidade nas ações e tomada de decisões para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; STAHLSCHMIDT, 2012).

O despreparo de alguns gestores limita sua ação na gestão, pois de acordo com Matus (2005) existe uma defasagem cognitiva que se torna uma barreira do

jogo social, e está relacionada ao acesso, à educação, ao conhecimento acumulado e produzido.

O jogo social exige diferenças entre os jogadores, senão, não seria um jogo de conflito e cooperação de uns com os outros (MATUS, 2005). Essa diferença entre os jogadores pode ser vista por meio do seu grau de escolaridade, tipo de formação e experiência na área da saúde, e faz com que alguns membros da equipe gestora tenham maior poder em relação ao jogo da ciência, político, pessoal e da vida cotidiana. Estes tipos de poderes são recursos utilizados pela equipe gestora para lutar frente às dificuldades reveladas nos problemas que a gestão da saúde se depara nestes municípios.

O curso de Enfermagem foi o que mais se destacou (176 - 23,7%) dentre os cursos de graduação das pessoas integrantes da equipe gestora. De acordo com alguns autores, essa participação do enfermeiro na gestão pode estar atrelada ao fato do enfermeiro ainda ser o único profissional de ensino superior da rede com disponibilidade de 8 horas em sua carga horária diária de trabalho. Além disso, a oferta de cursos de enfermagem cresceu exponencialmente nos últimos anos, com expressiva expansão de cursos e vagas ofertadas pelo setor privado, o que proporcionou uma maior disponibilidade deste profissional no mercado de trabalho. Também houve a expansão do número de postos de trabalho em enfermagem devido à implantação da ESF, que tornou o curso de enfermagem atraente ao mercado de trabalho (MACHADO, 1999; VARELLA; PIERANTONI, 2007; COLENCI; BERTI, 2012).

Outro fator que contribui para a participação do enfermeiro na gestão se deve à característica do curso em dispor de uma carga horária específica para administração de serviços de saúde, o que auxilia e encoraja o profissional a assumir cargos de gestão (ALVES; PENNA; BRITO, 2004).

**Tabela 1** - Distribuição dos cursos de graduação, especialização *Lato e Stricto Sensu* da equipe gestora de saúde nos Municípios de Pequeno Porte integrantes da 16<sup>a</sup>, 17<sup>a</sup>, 18<sup>a</sup>, 19<sup>a</sup> e 22<sup>a</sup> Regionais de Saúde da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, 2014.

Regionais Variáveis	16 RS		17 RS		18 RS		19 RS		22 RS		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Escolaridade</b>												
PG	70	45,2	58	45,7	83	47,4	53	31,2	40	34,2	304	40,9
SC	42	27,1	37	29,1	42	24,0	53	31,2	46	39,3	220	29,6
EMC	41	26,5	32	25,2	47	26,9	63	37,1	31	26,5	214	28,8
EMI	-	-	-	-	3	1,7	1	0,5	-	-	4	0,4
EFC	2	1,3	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,3
Total	155	100,0	127	100,0	175	100,0	170	100,0	117	100,0	744	100,0
<b>Graduação</b>												
Saúde	71	61,7	61	62,2	82	60,7	62	51,7	59	67,0	335	60,3
Humanas	37	32,2	33	33,8	47	34,8	49	40,8	25	28,4	191	34,4
Biológicas	5	4,3	2	2,0	2	1,5	7	5,8	1	1,1	17	3,1
Exatas	2	1,8	2	2,0	4	3,0	2	1,7	3	3,5	13	2,2
Total	115	100,0	98	100,0	135	100,0	120	100,0	88	100,0	556	100,0
<b>Pós-graduação <i>Lato e Stricto Sensu</i></b>												
Gestão e modelos de atenção na saúde	33	44,6	21	34,4	30	37,0	24	38,7	25	47,2	133	40,2
Técnico assistencial na saúde	20	27,0	24	39,3	30	37,0	18	29,0	14	26,4	106	32,0
Fora da área da saúde que não abordam a gestão	11	14,9	9	14,8	10	12,3	10	16,1	10	18,9	50	15,1
Gestão fora da área da saúde	10	13,5	7	11,5	11	13,6	10	16,1	4	7,5	42	12,7
Total*	74	100,0	61	100,0	81	100,0	62	100,0	53	100,0	331	100,0

**Fonte:** BONFIM, 2016. CARVALHO et al., 2017d.

PG = Graduação + Pós-Graduação; SC = Superior Completo sem Pós-Graduação; EMC = Ensino Médio Completo com ou sem Superior Incompleto; EMI = Ensino Médio Incompleto; EFC = Ensino Fundamental Completo. \* Algumas pessoas da equipe gestora haviam realizado mais de uma pós-graduação.

Além da presença do enfermeiro (23,7%) como parte da equipe gestora, 28,8% da equipe possuía ensino médio completo, o que sinaliza que a gestão do SUS nestes MPP está sendo realizada pelo trabalho destas pessoas.

Dentre as pessoas com ensino superior completo, 58% informaram ter cursado pelo menos uma pós-graduação. Para melhor visualização, os cursos referidos foram agrupados de acordo com a percepção e o conhecimento dos pesquisadores (Quadro 3).



**Quadro 3** - Distribuição das modalidades dos cursos de pós-graduação *Lato e Stricto Sensu* da equipe gestora de saúde nos Municípios de Pequeno Porte integrantes da 16<sup>a</sup>, 17<sup>a</sup>, 18<sup>a</sup>, 19<sup>a</sup> e 22<sup>a</sup> Regionais de Saúde da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, 2014.

Denominação/Área	Cursos Referidos
Gestão e Modelos de Atenção	Enfermagem do Trabalho; Estratégia Saúde da Família, Saúde Coletiva; Gestão em Saúde.
Área Técnico-assistencial na Saúde	Hematologia; Acupuntura; Urgência e Emergência, Obstetrícia; Farmacologia; Psiquiatria; Enfermagem em UTI Pediátrica e Adultos, entre outras.
Cursos fora da área da saúde que não abordam a Gestão	Clínica e Reprodução de Animais; Supervisão e Pedagogia; Direito Público; Distúrbios de Aprendizagem, etc.
Gestão fora da área da saúde	Gestão Pública; Desenvolvimento Gerencial; MBA Gestão de Pessoas; Perícia e Auditoria Ambiental.

Fonte: Bonfim, 2016.

Das 331 pós-graduações referidas pelos 304 trabalhadores que as cursaram, 319 (96,4%) foram na modalidade *lato sensu* e diversas áreas com diferentes propósitos foram mencionadas. A área de Gestão e Modelos de Atenção à Saúde foi a que mais se destacou, com 40,2%, seguida da área Técnico-assistencial na Saúde, com 32% (Tabela 1). A formação específica em Gestão em Saúde foi referida por apenas 4,4% (14) dos entrevistados.

Verifica-se que a formação na área de gestão e modelos de atenção não atinge a maioria dos gestores entrevistados. De acordo com Bonfim (2016), é importante ressaltar que os cursos de pós-graduação, mesmo os que não fazem parte da área da saúde, contribuem para o conhecimento e crescimento da equipe, quanto a temas sobre gestão de pessoas, relação interpessoal, leis ambientais, administração de organizações do setor público etc. E os cursos na área da saúde proporcionam conhecimentos técnicos sobre epidemiologia, planejamento, território adscrito, processo saúde-doença e dinâmica do SUS.

De acordo com a formação apresentada pela equipe gestora, verifica-se a necessidade de maior capacitação técnica na área da gestão em saúde para esses gestores. Essa necessidade é ressaltada por Paim e Teixeira (2007) ao destacarem que é preciso maior investimento na formação de gestores com capacidade técnica e compromisso político com a Reforma Sanitária Brasileira e com a defesa do SUS

democrático, visando a formação de gestores aptos para atuarem na condução política do sistema. Segundo esses autores, seria necessário profissionalizar a gestão do SUS com a criação de uma carreira específica para exercer este cargo, como consequência da valorização e da fixação dos profissionais que se dedicam às atividades de gestão nos diferentes níveis de organização do sistema.

A questão da “carreira de ser gestor no SUS” esbarra em limites políticos que envolvem o capital privado, que fragiliza a proposta do SUS como um modelo de atenção integral, universal e equânime (BONFIM, 2016).

Quanto à função de gestão que estas pessoas exerciam, 66,9% (498) eram responsáveis pelos diferentes sistemas de informação; 15,1% (112) atuavam no agendamento de consultas e/ou exames; 13,9% (103) executavam o planejamento e avaliação de ações e serviços; 11,6% (86) coordenavam a Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou Atenção Primária à Saúde (APS); 11,6% (86) eram responsáveis pela coordenação da vigilância epidemiológica.

Dentre as funções exercidas, identificou-se o número de funções que cada trabalhador exercia no município, assim 65,9% (490) dos entrevistados exerciam apenas uma função, entretanto, 34,1% (254) referiram exercer de duas a 14 funções, com uma média de duas funções.

Observa-se que o acúmulo de funções descreve a realidade enfrentada pelos MPP por contarem com uma pequena equipe técnica com capacidade para gerir todas as atividades inerentes à gestão em saúde, e também pelo fato de a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) ser um fator limitante de contratação para estes municípios, pois a maioria encontra-se próximo ao limite orçamentário de gasto com pessoal.

Essa sobrecarga de funções também é observada entre os secretários municipais de saúde, que assumem em média mais de três funções de gestão (PINAFO et al., 2016).

As pessoas que integram a equipe gestora não são iguais, são diferentes por aquilo que são, possuem e fazem. De acordo com Matus (2005), os atores sociais são produto cognitivo do jogo social e esse não oferece posições iguais e ganhos iguais para todos.

Ao analisar as funções de gestão e a posição que cada membro da equipe exerce e faz parte, destaca-se a reflexão de Matus sobre o jogo social, pois cada

pessoa ocupa um lugar na gestão, oriundo de sua capacidade cognitiva, suas relações políticas e também fruto das posições que o jogo social da gestão do SUS oferece a cada um deles.

Analisou-se o tempo de atuação dos profissionais na área da saúde e nas funções de gestão. Quanto ao tempo de atuação na área da saúde, 25,8% (192) dos profissionais referiram possuir de 12 a 24 anos de atuação, sendo o tempo médio de 11 anos, o tempo mínimo de um mês e o máximo de 41 anos. O tempo de atuação na área da saúde pode favorecer a atuação em cargos de gestão, visto que a experiência na área é um fator importante para integrar a equipe de gestão.

Em relação ao tempo de atuação nas funções de gestão no município, 26,3% da equipe gestora tinham até um ano na função e 43,6% possuíam experiência de um a seis anos (Tabela 2). A média de tempo de atuação nas funções foi de aproximadamente 5,5 anos; a mediana, de três anos; o tempo mínimo de atuação foi de um mês e o máximo de 42 anos.

**Tabela 2** - Tempo de atuação nas funções de gestão dos profissionais das equipes de saúde dos municípios de pequeno porte da 16<sup>a</sup>, 17<sup>a</sup>, 18<sup>a</sup>, 19<sup>a</sup> e 22<sup>a</sup> RS da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, 2014.

Variável	16 <sup>a</sup>		17 <sup>a</sup>		18 <sup>a</sup>		19 <sup>a</sup>		22 <sup>a</sup>		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Até 1 ano	42	27,1	37	29,1	40	22,9	47	27,6	30	25,6	196	26,3
1  — 3 anos	39	25,2	31	24,4	54	30,9	35	20,6	40	34,2	199	26,7
3  — 6 anos	34	21,9	13	10,2	30	17,1	28	16,5	21	17,9	126	16,9
6  — 9 anos	19	12,3	19	15,0	12	6,9	14	8,2	11	9,4	75	10,1
9  — 12 anos	13	8,4	9	7,1	14	8,0	17	10,0	4	3,4	57	7,7
12  — 24 anos	7	4,5	15	11,8	22	12,6	21	12,4	11	9,4	76	10,2
24 anos ou mais	1	0,6	3	2,4	2	1,1	6	3,5	-	-	12	1,6
Não respondeu	-	-	-	-	1	0,6	2	1,2	-	-	3	0,4
Total	155	100,0	127	100,0	175	100,0	170	100,0	117	100,0	744	100,0

Fonte: CARVALHO et al., 2017d.

Ao indagar sobre a experiência anterior em cargos de gestão, à época em que o profissional assumiu o atual cargo, a maioria (74,9%) dos entrevistados referiu não ter tido experiência anterior em gestão. Ao analisar os profissionais que atuavam até três anos na função (53%), verificou-se que 57,3% deles tinham o mesmo tempo de atuação na saúde e na gestão. Com estas informações, pressupõe-se que os gestores possuíam pouco tempo de experiência na saúde e na gestão, revelando que mais de 50% dos profissionais da equipe gestora iniciaram seu trabalho na área da saúde já em cargos de gestão. De acordo com Bonfim

(2016), o início da atuação profissional em cargos de gestão pode ser um fator de fragilidades para o serviço, pois o conhecimento proporcionado pela vivência da dinâmica dos serviços, sua lógica de organização, normas, rotinas e atividades desenvolvidas são elementos importantes para sua atuação enquanto equipe gestora. Segundo Nunes, Carvalho e Santini (2012), os serviços de saúde dos MPP têm sido a oportunidade de primeiro emprego para gestores, diferentemente do que ocorre em municípios de médio e grande porte em que a maioria afirmou ter experiência prévia em gestão.

A forma como os entrevistados obtiveram o preparo para a atuação na função de gestão foi referida por 37,2% (277) dos profissionais como adquirida por meio de cursos. Os cursos ofertados pela regional foram a principal forma de obtenção de preparo para o cargo. Esse fato revela a importância do papel das RS no processo de formação profissional e de apoio aos gestores nos MPP. De acordo com Nunes et al. (2016), os trabalhadores que ocupam cargo de gestão deveriam passar por processos de formação gerencial e esse processo nos MPP deveria ser apoiado pelas esferas estadual e federal como atuação estratégica do SUS na elaboração de políticas que orientem a gestão e contribuam para a formação e a qualificação da equipe de gestão.

Outra forma de preparo relatada foi a experiência do dia a dia, com 184 (24,7%) referências. Nota-se que o espaço de trabalho é visto como espaço pedagógico e que o gestor e sua equipe são tidos como aprendizes durante o próprio processo de trabalho (CECCIM; FERLA, 2011; CECCIM, 2012). De acordo com Ayres (2000), deve-se valorizar essa sabedoria prática da mesma forma que se valoriza o saber técnico.

Para Matus (2005), compreender a realidade encontrando-se dentro dela é a forma de conhecer do homem de ação. Esse autor salienta que o homem de ação não é um acadêmico, não é um intelectual, não usa plenamente o juízo analítico, não está guiado pela razão científica. Ele complementa seu juízo analítico com o juízo intuitivo. Este homem de ação não quer, nem pretende ser objetivo, mas está focado com uma ideia e um propósito que o guia no jogo político. Dessa forma, ele exerce o juízo humano, misturando valores, relações causais, preconceitos e ideologias de maneira pouco sistemática. Na visão de Matus, o ator social é considerado um lutador (Matus, 2005).

Ao analisar a autopercepção de preparo para o desempenho da função de gestão, 478 (64,2%) dos entrevistados afirmaram sentirem-se integralmente preparados e 251 (33,7%) referiram estar parcialmente preparados para exercerem a função, ou seja, a maioria dos integrantes da equipe gestora (729 - 97,9%) sente-se preparada para exercer sua função na gestão.

Diante da autopercepção de preparo para exercer o cargo, verificou-se associação significativa ( $p < 0,05$ ) entre aqueles que referiram experiência anterior em cargos de gestão, possuir curso superior e ter realizado algum curso para a obtenção do preparo (BONFIM, 2015).

Os atores sociais representados pela equipe gestora são marcados por suas experiências, circunstâncias e formação intelectual, intuitiva e moral. Para Matus (2005), a vida ensinou algo diferente a cada um deles - a entender a realidade como uma situação e essa situação é vista como pessoal para cada jogador, e também ofereceu uma oportunidade cognitiva diferente daquela da escola e da universidade.

Refletindo os dizeres de Matus, verifica-se que cada pessoa constrói o seu aprendizado na função de acordo com sua experiência que vai ao encontro das circunstâncias vividas no dia a dia de trabalho e de sua formação. A partir destas situações vividas, os trabalhadores constroem o seu entendimento da realidade e do cargo que exercem.

A associação entre o fato de possuir ensino superior, ou ter realizado algum curso para obtenção de preparo, com a autopercepção de preparo destes profissionais revelou que este cargo exige do ator social assumir responsabilidades que envolvem tanto a dimensão política quanto técnica. A dimensão política é vista pelo fato de o gestor ser o representante do poder executivo, e a dimensão técnica envolve a capacidade de gerar, aprovar, manipular conhecimentos e informações necessários para exercer essa função (GIOVANELLA, 1989; TESTA, 1995).

De acordo com Habermas (1990), Rivera (1991) apud Paim (2002) e Testa (1995), as práticas de saúde dependem do trabalho humano, a gestão da saúde exige competência, responsabilidade, habilidade, interação e criatividade dos sujeitos que as realizam.

A autopercepção de preparo dos profissionais precisa ser questionada, pois ao analisar o cotidiano destes trabalhadores, observa-se que a área da gestão ainda é um setor que exige constante investimento para o preparo dos trabalhadores, bem

como o fato de o gestor assumir publicamente uma posição de despreparo pode colocá-lo em uma situação desconfortável, que revele suas dificuldades frente a um cargo que é de confiança e que exige preparo e desempenho do gestor.

Segundo Cecílio et al. (2007), são muitos os fatores que influenciam a gestão municipal de saúde e que resultam em uma grande diversidade de configurações das equipes gestoras. Dentre estes fatores pode-se citar: o contexto político local, a composição e a experiência de sua equipe de trabalho, a trajetória pessoal do gestor e sua capacidade de formulação de um projeto de saúde, a existência de atores sociais com alguma capacidade de controle sobre o SUS, os projetos político e pessoal do gestor e sua articulação político-partidária local. Todos estes fatores influenciam na forma de se portar enquanto gestor, bem como nas ações e jogadas da equipe gestora diante dos enfrentamentos originários da gestão.

Com o intuito de possibilitar processos de capacitação na área da gestão e contribuir para a readequação dos perfis dos gestores, o Ministério da Saúde (MS), por meio de parcerias com instituições de ensino, de serviço e sociedade civil, tem viabilizado a continuidade da formação na lógica da Educação Permanente em Saúde (EPS) possibilitando a participação de novos membros da equipe gestora (CASTRO; VILAR, 2005).

Os membros da equipe gestora também foram questionados acerca do conhecimento sobre os instrumentos de gestão (Plano Municipal de Saúde - PMS; Programação Anual de Saúde - PAS; Relatório Anual de Gestão – RAG, Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas em Audiência Pública – RQPC; Plano Plurianual – PPA; Sistema de Informação do Pacto pela Saúde – SISPACTO; Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO; Lei Orçamentária Anual - LOA; Contrato Organizativo de Ação Pública - COAP).

O PMS foi o instrumento mais conhecido (609 - 81,9%) pela equipe gestora. Quanto aos outros documentos de gestão, expressiva maioria referiu ter conhecimento sobre a PAS (512 - 68,8%), o RQPC (494 - 66,4%), o RAG (486 - 65,3%), o PPA (472 - 63,4%), o SISPACTO (470 - 63,2%), a LDO (454 - 61,0%) e a LOA (451 - 60,6%). O instrumento menos conhecido foi o COAP (321 - 43,10%).

Quanto à participação na elaboração desses instrumentos, esta se deu de forma integral ou parcial para o PMS (471 - 63,3%), seguido da PAS (394 - 52,9%), RAG (367 - 49,3%), RQPC (361 - 48,5%) e SISPACTO (346 - 46,5%). Os

instrumentos em que os gestores referiram não terem participado de sua elaboração foram o COAP (452 - 60,8%), a LOA (465 - 62,5%) e a LDO (469 - 63%).

A atuação da equipe gestora na elaboração desses instrumentos se deu, principalmente, em relação ao fornecimento de dados (507 - 68,10%), na proposição de ações e metas a serem alcançadas (428 - 57,5%) e na discussão de conteúdo e forma dos documentos (418 - 56,2%).

O conhecimento sobre os instrumentos de gestão e a forma como a equipe gestora participa de sua elaboração refletem o interesse e a contribuição desses profissionais para o processo de planejamento, organização e gestão do SUS.

O PMS foi o instrumento mais conhecido e nele são expressos objetivos, diretrizes e metas a serem alcançados por meio da PAS e do RAG no período de quatro anos. O PMS auxilia na elaboração do PPA, LDO e LOA, sistematizados pela gestão municipal para o planejamento e o orçamento de todas as áreas do município, inclusive a da saúde.

O secretário de saúde e a equipe gestora, como membros indicados pelo poder executivo, devem participar da discussão e elaboração destes documentos, pois são documentos-base para a execução de qualquer ação no âmbito municipal.

Os resultados desta pesquisa apontaram um movimento de construção do planejamento, da organização e avaliação das ações em saúde por parte da equipe gestora que conhece a maioria dos instrumentos de gestão e auxilia em sua elaboração, tendo em vista que o conhecimento e elaboração destes instrumentos são os primeiros passos para a organização da gestão.

A LDO e a LOA são instrumentos conhecidos, porém, a equipe gestora não participa diretamente de sua elaboração. Isso pode acontecer pelo fato destes instrumentos serem específicos e tratarem da parte orçamentária do município, assunto considerado mais sigiloso, que envolve as pessoas que estão diretamente relacionadas à administração financeira da prefeitura, como o contador e o prefeito.

Neste sentido, na maioria dos municípios estudados, a gestão orçamentária acaba sendo um aspecto de domínio do poder executivo e do contador da prefeitura que denominam o valor financeiro que será destinado para a área da saúde. O secretário municipal incumbe-se da tarefa de adequar o planejamento anual em compatibilidade ao orçamento pré-determinado.

A forma de realizar o planejamento em compatibilidade com o orçamento disponibilizado denota as relações de poder existentes entre os atores sociais, no qual o prefeito é detentor de um poder político que determina as regras para o jogo econômico, além de revelar uma relação de supremacia do poder executivo sobre o orçamento da saúde, o que reforça as dificuldades e os enfrentamentos relacionados ao financiamento da saúde, pois acaba não sendo condizente com o planejamento pretendido pelo secretário de saúde.

A não participação na elaboração do orçamento, revelada pelo domínio da condução da área financeira da saúde pelo poder político, também reflete a baixa autonomia da equipe gestora e do secretário municipal de saúde em dar andamento ao planejamento anual das ações executadas ou planejadas e denota dificuldades no avanço de melhorias para os serviços de saúde.

Vale lembrar que no jogo social da gestão do SUS existem vários atores sociais. Como exemplo, pode-se citar os gestores municipais, estaduais e federais, a equipe gestora, os profissionais de saúde, o setor privado, a classe médica, o usuário, dentre outros. Todos exercem um tipo de poder sobre o grande jogo social da gestão, entretanto, existe uma assimetria entre tais relações de poder, em que alguns atores exercem poder sobre os outros e também os acumulam. Neste sentido, o poder se manifesta nas várias formas de inter-relações e, ao mesmo tempo em que o poder o subordina, também abre a possibilidade para os subordinados tomarem posição para transformar a realidade (GIOVANELLA, 1990).

O COAP foi o instrumento menos conhecido e cuja elaboração a equipe gestora menos contribuiu, até por este instrumento ser um mecanismo legal mais recente e que ainda se encontrava em processo de discussão na região. O pouco conhecimento sobre o COAP reproduz um comportamento vertical exercido pelo ente federal/MS, que exerce sua supremacia sobre o estado e o município ao lançar mão de normas ou artefatos que auxiliariam a organização, o planejamento e o desenvolvimento do processo de regionalização, mas que efetivamente não avançaram em seus objetivos, como aconteceu anteriormente com as NOAS e o Pacto pela Saúde, e que se estende atualmente para o COAP.

Neste sentido, este fato também reflete a incipiente discussão sobre a regionalização nas regiões estudadas, que não avançou devido à falta de apoio técnico, político e financeiro por parte do estado e da União. A estagnação do



processo de regionalização retratou uma fragilidade para a integralidade da atenção à saúde na região, pois os municípios estudados acabam assumindo a responsabilidade pela AB. Entretanto, o acesso aos demais níveis de atenção, que deveria se viabilizar pelo âmbito regional, não está ocorrendo, pois a gestão interfederativa ainda se encontra incipiente ou não ocorre na região estudada.

Diante das características da equipe gestora, observa-se que a realidade do jogo não é a mesma para todos os atores, cada um possui seu ponto de vista, suas observações, e analisa a realidade a partir de um ângulo de observação, pois estão em situações e circunstâncias diferentes (MATUS, 2005).

Essa realidade pode ser explicada de modos diferentes. Sua descrição parte do olhar de um observador que pode se localizar dentro ou fora da situação. Quando o observador se posiciona fora, ele a explica sem o comprometimento com os interesses dos atores da situação. Como exemplo, pode-se referir o papel do pesquisador ao observar e relatar a realidade da gestão nos MPP. Para Matus (2005), o cientista, ao se tornar um mero observador da realidade, não é um ator direto das transformações sociais. A mesma analogia pode ser feita a um gestor que, de acordo com sua decisão, opta por permanecer na posição de um mero observador da realidade, não assumindo o papel de um ator direto das transformações sociais.

Outra forma de ver a realidade é quando ela é analisada a partir do ponto de vista de quem está dentro da situação, vivenciando a mesma, e preocupado com o que está acontecendo, ou seja, a partir do olhar de um ator social, que busca compreender e interpretar a situação a partir de seu papel ou seus interesses. De acordo com Matus (2005), o dirigente político, ao protagonizar o jogo social, assume a posição de um ator social, transformando a realidade.

A equipe gestora, ao tomar o papel de gestores enquanto pessoas responsáveis e comprometidas com a saúde de sua população, identifica-se com a forma de um dirigente político, e torna-se protagonista do jogo social da gestão do SUS em sua localidade. Neste intuito, assumem a posição de um ator social, responsável pela transformação da realidade da área da saúde em seu município e região.

O gestor vive a realidade de vários mundos ao mesmo tempo, mas está posicionado num jogo e num lugar concreto, e possui o papel de protagonista e não

de um mero observador. Para agir ele precisa compreender as circunstâncias, entretanto, o seu modo de compreender não tem o rigor, a objetividade, nem a capacidade de juízo analítico de um cientista (MATUS, 2005).

De acordo com Matus (2005), é preciso considerar o abismo que há entre a teoria e a prática no mundo político, pois uma pessoa com formação científica acaba tendo certo domínio do juízo analítico, entretanto, quando se insere em algum ambiente político ou assume algum cargo acaba tornando-se um político pragmático. O autor aponta que no campo social, os paradigmas científicos não condizem com os paradigmas práticos, e acabam não refletindo uma teoria da ação prática.

Os atores sociais são as pessoas responsáveis pelo andamento do jogo social da saúde, que possui nove tipos de poderes, já apresentados no referencial teórico e que serão retomados a seguir, e se concretizam por meio da ação dos atores sociais. Esta ação ora é de domínio do grande jogo social e dos outros jogos sobrepostos, ora pode estar relacionada à impotência ou deficiência de poder frente à situação de domínio maior por parte de outro ator social que faz parte do jogo da gestão do SUS.

Esses atores que se deparam com os problemas que envolvem a gestão do SUS, acabam realizando operações e jogadas em meio aos enfrentamentos desses problemas, além de planejarem e executarem estratégias com o intuito de melhorar a situação vivenciada. Entretanto, também reconhecem seus limites e os desafios que permeiam a gestão do SUS nestas localidades.

Nos próximos capítulos serão discutidos os problemas, as estratégias de gestão utilizadas, e os limites e desafios com os quais a equipe se depara ao fazer a gestão do SUS nesses MPP. Neste intuito, será revelada a forma como a equipe gestora se posiciona enquanto ator social e age sobre as situações vivenciadas em seu cotidiano de trabalho.

Para finalizar as reflexões sobre os atores sociais envolvidos na gestão, deve-se levar em consideração que a ação desta equipe gestora possui o propósito de governar, ou conduzir e/ou interferir em um jogo social. À medida que um ator consegue conduzir algum projeto, alguma intenção, ele acaba exercendo um ato de governar, e passa a ser um dos maiores responsáveis pelo destino da história e da circunstância apresentada (MATUS, 2005).

Além disso, esta equipe também é responsável pela gestão dos conflitos internos que existem dentro da mesma, pois cada ator possui um ponto de vista e um interesse, que em certas situações, se configura em divergências. Entretanto, estes conflitos de interesses internos devem ser conduzidos em um propósito comum, que seria o de amenizar os problemas da gestão para melhor funcionamento do sistema de saúde e atendimento das necessidades de saúde dos usuários.

## 5.2 OS PROBLEMAS DA GESTÃO EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE

O presente capítulo teve como propósito descrever as situações consideradas como problemas pelos gestores, buscando enumerar e revelar as dificuldades que a gestão enfrenta em seu cotidiano para a construção do SUS.

Após conhecer as pessoas que fazem parte da equipe gestora (744), também foram analisadas as características dos profissionais que participaram do curso “Gestão do SUS em MPP do Norte do Paraná”, referente à segunda etapa do segundo movimento da coleta de dados. O levantamento dos dados apresentados a seguir e a análise dos próximos resultados foram obtidos a partir do olhar dessas pessoas que exerciam um papel de liderança na equipe gestora.

As pessoas de referência dos municípios (67) eram em sua maioria do sexo feminino (52 - 77,6%) e a idade variou de 26 a 68 anos, com uma média de 40 anos. A maioria (49 - 73,1%) possuía ensino superior completo, 11 (16,4%) referiram ter cursado pós-graduação, e os cursos superiores mais referidos foram: enfermagem, odontologia, farmácia, administração, contabilidade, pedagogia, e assistência social.

Quanto à função de gestão que estas pessoas exerciam, 24 (35,8%) referiram ser coordenadores da ESF ou AB, 17 (25,4%) secretários municipais de saúde, 11 (16,4%) exerciam função administrativa, 8 (11,9%) diretores de saúde, 6 (8,9%) responsáveis pela coordenação de programas e vigilância em saúde, e 1 (1,5%) pela coordenação hospitalar.

O contexto em que a gestão municipal se encontra inserida é condicionado por diferentes fatores relacionados às áreas econômica, social, epidemiológica, política, e revelado a partir de um recorte feito pelo próprio ator, que desenvolve seu papel na gestão local, e analisa a realidade e seus problemas na perspectiva de

quem está inserido nesse contexto, em suas múltiplas dimensões, com articulação entre o passado, presente e futuro. Desta forma, o ator fundamenta a explicação de sua ação a partir de sua inserção nesta realidade local (MATUS, 2005).

Muitas situações-problema são comuns aos municípios de todas as regiões, entretanto, outras são particulares, ou seja, acontecem nos municípios de alguma regional específica, o que denota que o contexto político, econômico, epidemiológico e social dos municípios/regiões conformam determinados tipos de problemas. O contexto em que cada município se encontra inserido revela a posição de desigualdade que cada um possui frente ao jogo social, bem como auxilia na tradução e compreensão dos problemas enfrentados na dinâmica desse jogo.

De acordo com Matus (2005), para processar problemas é necessário explicar como o problema surge e se desenvolve na dinâmica do jogo. O ponto de partida para explicar a gestão do problema consiste em identificar suas causas relevantes.

Neste trabalho sobressaíram-se, a partir da perspectiva da equipe gestora, os seguintes problemas:

- O processo de descentralização da gestão do SUS, sem respeitar a estrutura e os limites dos municípios, que se caracterizou como não planejado, sem financiamento adequado, gerando dificuldades relacionadas à administração dos gastos do município e para a manutenção dos Hospitais de Pequeno Porte (HPP);
- Reprodução do modelo biomédico de atenção à saúde, com enfoque curativo, centrado no trabalho do profissional médico. Esse problema é reforçado pela formação médica inadequada e desvalorização do profissional de medicina de família (generalista), ocasionando pouca resolutividade da AB e aumento da demanda por consultas e exames especializados;
- Número insuficiente de médicos nos MPP, relacionado à dificuldade de contratação, fixação, remuneração e cumprimento da carga horária.

Esse quadro dificulta a oferta e organização dos serviços de saúde na região;

- Oferta insuficiente de serviços de Média e Alta Complexidade (MAC) devido à: oferta insuficiente desses serviços pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS); pouca participação e poder dos municípios na administração dos CIS; desorganização dos pontos de atenção para continuidade do cuidado com vazio assistencial para algumas especialidades e dificuldade de acesso aos serviços em municípios maiores; insuficiência das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Esse quadro dificulta o acesso dos munícipes à MAC e aumento dos gastos dos municípios, resultando em descontinuidade do cuidado.

A identificação dos problemas gerados pelo jogo social não é óbvia, porque muitos deles não estão na superfície da prática, nem é simples a forma de analisá-los por se tratarem de problemas quase estruturados (MATUS, 2005).

Ao tentar identificar e analisar os problemas do jogo social é necessário compreender que todo problema quase estruturado é o resultado momentâneo de um jogo e que um dos jogadores o declara insatisfatório; todo problema do jogo social é relativo a um jogador, ao mesmo tempo que pode ser uma oportunidade, um benefício ou uma ameaça para outros; todo problema tem um marcador que o descreve, denuncia e verifica; as relações entre as causas podem ser difusas e qualitativas; e as causas podem estar dentro ou fora do jogo, e dentro ou fora do espaço de controle do ator que as declara (MATUS, 2005).

Ao analisar os quatro problemas destacados, na perspectiva da Teoria do Jogo Social, é possível identificar um tipo de jogo que o ator possui domínio maior. No entanto, mesmo que um jogo seja dominante, este se encontra permeado por outros tipos de jogos (MATUS, 2005).

Optou-se por apresentar os problemas e sua análise de forma separada, para facilitar sua compreensão. Entretanto, sabe-se que eles não são estanques, encontram-se imbricados e sobrepostos, pois, na maioria das vezes, um problema é causa ou é originário do(s) outro(s) ou ainda eles se potencializam.

### 5.2.1 O Processo de Descentralização da Gestão do SUS sem Respeitar a Estrutura e os Limites do Município

Neste tópico será discutido o processo de descentralização da gestão do SUS, considerado um problema devido à forma como ele ocorreu nos municípios estudados.

A descentralização da gestão do SUS foi o principal caminho para a viabilização da universalidade do sistema. Com ela, houve uma acentuada atribuição ao município para a provisão de serviços e ações de saúde em seu território (LIMA et al., 2012).

A equipe gestora referiu que com o desenvolvimento do SUS e o movimento de municipalização: *a demanda aumentou demais, tudo sem planejamento, porque ninguém se planejou (GC8); planejamento aí tá difícil (GA4).*

Os MPP estudados sentiram o impacto do processo de descentralização por meio de uma autonomia que foi atribuída ao município sem o devido preparo, estruturação dos serviços de saúde e planejamento. Isso foi reflexo da dificuldade relacionada ao processo de descentralização que ocorreu de forma desenfreada, sem garantia mínima de suporte e estrutura intersectorial e institucional para o seu desenvolvimento.

As condições para que a descentralização atenda a garantia do acesso e da atenção integral, de acordo com as necessidades da população, não foram asseguradas, e a diversidade da realidade dos municípios brasileiros faz com que este resultado seja contraditório nos diferentes territórios nacionais e dependentes das condições prévias locais (VIANA; LIMA, 2011; LIMA; VIANA; MACHADO, 2014).

Esse processo não respeitou os limites dos municípios estudados nem considerou o orçamento da saúde para os mesmos, gerando dificuldades relacionadas ao financiamento atrelado à administração dos gastos:

*Porque o que a gente tem pelo SUS é muito pouco, vai depender do per capita de cada município, vai receber R\$ 1.500/2.000, às vezes até menos, e você tem que bancar tudo, tudo você tem que pagar (GI2);*

*Tudo a gente paga (GA8);*

*O município arca com tudo (GC4).*

O baixo financiamento do sistema de saúde é visto como uma das principais dificuldades para o avanço do SUS (SILVA, 2011). Os sistemas descentralizados de saúde apresentaram características heterogêneas que refletem as diferentes capacidades financeiras, administrativas e operacionais para a prestação da atenção à saúde.

A capacidade da esfera municipal em gerir as políticas públicas locais de forma eficiente é um questionamento atual, diante de um contexto de subfinanciamento do SUS e da dificuldade em apresentar um planejamento local e regional condizente com as múltiplas realidades e necessidades dos brasileiros (BLUMM; SOUZA, 1998; LIMA et al., 2012).

O processo de descentralização ampliou a transferência de recursos a estados e municípios. Entretanto, não proporcionou o compartilhamento de funções e competências de gestão do sistema entre os entes federados (PASCHE et al., 2006). Arretche e Marques (2007) analisaram que a descentralização das ações, principalmente ambulatoriais, ocorreu por parte dos municípios que foram os entes federados que mais ampliaram os gastos em saúde, e houve uma redução proporcional do nível federal ao longo do tempo.

Neste sentido, o que se observou nos municípios estudados foi que a descentralização foi regida por um caráter de desconcentração do poder, em que se designou um poder político maior aos municípios, atrelado a uma autonomia na condução das ações em saúde. Entretanto, exigiu maior dispêndio de recursos financeiros pelo município, capacidade de gestão e ao mesmo tempo ocorreu uma contenção de gastos por parte da União.

A participação dos estados e da União ainda precisa ser revista na tentativa de que estes entes federados cumpram com seu papel perante o compromisso de proporcionar o acesso e a atenção integral em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde.

Ao analisar o jogo social presente no processo de descentralização, é possível inferir que os poderes político, econômico e macro-organizacional foram exercidos pelo ente federal sobre os municípios. O poder político pode ser visto na disputa pelo controle do sistema de saúde, no qual o ente federal, detentor de um poder político acima do município, atribuiu uma autonomia ao ente local para que este seja o maior responsável pela assistência à saúde ao usuário do SUS em nível

de AB. O poder econômico foi desenvolvido pela menor participação no financiamento da saúde, no qual a União diminuiu sua contrapartida e o município acabou arcando com um maior dispêndio de recurso financeiro neste processo. O poder macro-organizacional denotou-se pela forma de organização do processo de descentralização realizada pela União, que incumbiu o município de ser o ente com maior responsabilidade sobre a assistência à saúde do usuário do SUS, exercendo um poder embasado em recursos burocráticos e institucionais.

Autores afirmam que prevaleceu nesse processo de descentralização o caráter estratégico de intervenção na economia, com o enxugamento do Estado e estabilidade econômica em que, ao transferir responsabilidade aos entes municipais, não foi priorizada a garantia de acesso universal dos usuários aos serviços de saúde. Dessa forma, a descentralização do sistema de saúde serviu mais ao propósito de retração da União e de contenção de despesas do que de sua expansão. Ou seja, a municipalização representou mais uma estratégia de deslocamento da responsabilidade sobre o gasto social para as esferas subnacionais, que nem sempre têm condições de assumir tais encargos (LIMA; VIANA; MACHADO, 2014; LIMA, 2008).

Como o processo de descentralização não considerou os limites dos municípios, o ente municipal herdou uma estrutura de atendimento hospitalar que possui alguns problemas, que são apontados pela equipe gestora em relação ao funcionamento dos Hospitais de Pequeno Porte (HPP):

*É um investimento só pra gastar mais dinheiro, porque o que você gasta com os plantões, com a cozinha, produtos de limpeza, é um gasto desnecessário (GL7);*

*O hospital, com custeio, salário, medicamento, gasta muito e ainda não consegue resolver tudo, tem que encaminhar a maioria (G12);*

*Você acaba gastando com o seu hospital e com os encaminhamentos para os outros hospitais, porque o seu hospital não resolve tudo (GC1).*

A descentralização propiciou aos municípios a autonomia sobre as ações de saúde no seu território, com isso muitos hospitais foram construídos e/ou herdados de outros entes/entidades. No entanto, funcionam com taxas de ocupação baixas e laboratórios que realizam pequeno número de exames, gerando deseconomia de escala e perda de eficiência e qualidade (MENDES, 2001).



A abertura de diversos pequenos hospitais públicos no Brasil seguiu na contramão da experiência internacional, que relata o fechamento de hospitais menores e a concentração de serviços em hospitais maiores, para a obtenção de ganhos de escala e de qualidade. Neste sentido, a eficiência e a qualidade dos serviços prestados pelos pequenos hospitais são um desafio para o sistema de saúde brasileiro (SOUZA; SCATENA, 2010).

O município tem dificuldades em administrar esta instituição de saúde, pois acaba despendendo um valor considerável do orçamento da saúde para sua manutenção e ainda se depara com o seu baixo custo-benefício.

*É melhor você pagar outro hospital pelo atendimento do que você ter um hospital, os municípios que têm hospital reclamam (G11);*

*Na realidade, o MPP não tem necessidade de hospital mesmo, porque o hospital está em reforma e a gente vê que tudo é resolvido na atenção básica, que ele não faz falta (GL7).*

A avaliação da eficiência hospitalar não é um processo fácil e depende da escolha do método e das variáveis (SOUZA; SCATENA; KEHRIG, 2016). A análise que a equipe gestora faz da eficácia dos HPP está pautada em sua vivência e não em instrumentos avaliativos. Neste sentido, a percepção destes gestores é de que, em alguns locais, o tipo de assistência oferecida pelo HPP não demonstra um diferencial em comparação ao cuidado prestado na AB. Isto pode refletir no fato de o hospital não conseguir assumir um tipo de assistência no nível de complexidade que se esperaria dele.

Os modelos de assistência prestada pelos HPP não têm contribuído para o enfrentamento das necessidades dos municípios em relação às demandas por atendimentos resolutivos (diagnósticos, tratamentos, internações, cirurgias etc.).

Para Ugá e López (2007), os HPP são unidades de baixa resolutividade. Em 2005, estes hospitais foram responsáveis por 21% das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) pagas, mas faturaram apenas 12% do valor total pago pelo SUS, devido à baixa complexidade e ao baixo valor da sua produção.

A eficiência dos hospitais do SUS é uma necessidade administrativa crescente, em virtude da multiplicidade de serviços prestados e dos altos custos envolvidos (SOUZA; SCATENA, 2010). Essa eficiência depende da relação

favorável entre os resultados obtidos e os recursos que foram investidos (MENDES, 1998).

Nos HPP, o poder das ciências, exercido pelo conhecimento e pelas atividades técnicas que são desenvolvidas, acaba não atendendo a expectativa gerada em torno desses serviços para que eles resolvam os problemas demandados. Por isso o gestor considera a relação custo-benefício baixa, pois analisa o elevado custo financeiro desta instituição em contrapartida ao resultado ou ao retorno que ele tem para o município, que é pequeno.

O gestor acaba tendo que ter um poder econômico elevado para manter estes hospitais em funcionamento. Este jogo econômico dá sustentação ao jogo da ciência contido no saber que permeia os procedimentos especializados que os hospitais realizam e reforça ainda mais a manutenção do modelo de atenção hegemônico.

É a partir do jogo da ciência, que detém o conhecimento da área da saúde, que o jogo político se ampara, na tentativa de proporcionar e potencializar a melhoria da assistência à saúde no município. E assim, mesmo considerando o HPP como não resolutivo, com baixo custo-benefício, o gestor municipal, por influência política, não consegue enfrentar o seu fechamento e opta pela manutenção desta instituição, o que reflete o mau uso do recurso financeiro destinado a estes hospitais: *a parte política é muito forte, porque ela vai perder o serviço, ou seja, existe uma barreira muito grande, é a questão política, eleitoral mesmo, porque o que importa é o voto (GL1).*

Para Santos e Gerschman (2004), o aumento do número de HPP pode estar atrelado a interesses políticos e não baseado em critérios técnicos. Cecílio (2012) refere a existência de um regime de regulação, ligado à tradição política brasileira, e o denomina de regulação clientelístico-eleitoreira, oriundo da ação de múltiplos atores políticos. A moeda de troca desse regime de regulação é, em geral, a conquista do apoio nos processos eleitorais.

A regulação clientelístico-eleitoreira exerce um papel na configuração do SUS real, e é relevante, pois para muitos brasileiros passa a ser uma forma de acessar os serviços de saúde (CECÍLIO, 2012).

A manutenção destes HPP é uma decisão que reflete uma intenção política, pois, na medida em que os políticos oferecem esse tipo de assistência, eles acabam

agradando o usuário e o envolvem no jogo político, almejando um retorno deste usuário que é eleitor em seu município.

A forma de utilização dos HPP acaba reforçando a manutenção do Modelo Biomédico de Atenção à Saúde, que estimula a necessidade de acesso e utilização dos serviços hospitalares como forma de intervir nos problemas de saúde da população. Por meio deste raciocínio, destaca-se o interesse do poder político frente à manutenção desse modelo de atenção, pois quanto mais acesso aos serviços de saúde é oferecido para a população maior será a relação de dependência da população para com o gestor.

### 5.2.2 Reprodução do Modelo Biomédico de Atenção à Saúde

A proposta do SUS de atenção integral não conseguiu romper com a atenção biomédica. Pelo contrário, reproduziu esse modelo na organização dos serviços da AB.

A maioria dos integrantes das equipes gestoras revelou a dificuldade de organização do serviço devido ao processo de trabalho estar centrado no [...] *atendimento de uma demanda desorganizada, muito grande, um assistencialismo e paternalismo que não tem fim (GC6); é muita demanda por consulta médica, o usuário chega à unidade e só quer consulta (GI2).*

O modelo de atenção proposto por essas instituições é dado pela forma de organização do serviço de saúde. Para Rouquayrol e Almeida Filho (2003), o conceito de modelo de saúde ou modelos de atenção é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma racionalidade, uma lógica que orienta a ação, uma maneira de organizar os meios de trabalho utilizados nas práticas ou processos de trabalho.

A forma de organização dos serviços de saúde locais reflete o modelo de atenção hegemônico, também denominado de “médico assistencial privatista, que prioriza ações curativas e centra o atendimento na demanda espontânea” (PAIM, 2003, p.569).

Esse tipo de modelo de assistência caracteriza a produção de serviços a partir da clínica exercida pelo médico, que produz procedimentos por meio da

utilização de tecnologias duras e leve-duras e resulta numa assistência fragmentada e não resolutiva (MERHY; FRANCO, 1996).

Ainda que esse modelo hegemônico possa proporcionar uma assistência de qualidade em determinadas situações, ele tende a dificultar o atendimento integral ao usuário e à comunidade, pois apresenta sérios limites para uma atenção comprometida com a efetividade, equidade e necessidades prioritárias em saúde. Essa forma de organização da atenção à saúde tem se mostrado incapaz de alterar os níveis de saúde da população (PAIM, 2001; 2003).

Esse modelo abarca repercussões negativas para a sociedade e para o sistema de saúde devido ao fato de oferecer uma atenção fragmentada, sem coordenação entre os níveis de assistência, além de potencializar a polimedicação e a iatrogenia em uma população que se encontra cada vez mais envelhecida, e apresenta problemas complexos e com necessidade de coordenação do cuidado (MENDES, 2012; CASAJUANA; GÉRVAS, 2012).

Na medicina liberal, nas cooperativas médicas, na medicina de grupo e nas ações de saúde dos serviços públicos, antes mesmo da construção do SUS, esse modelo de atenção se encontra presente e prevalece até os dias atuais.

É oferecido um tipo de assistência à saúde por meio de consultas médicas, exames e medicamentos, com a intenção de resolver o problema imediato dessas pessoas, mas que contribui para a manutenção do modelo biomédico, e revela que por trás desta hegemonia existe um grande interesse econômico do capital privado em obter lucro por meio das ações de saúde no SUS. Esse jogo econômico é exercido por empresas multinacionais que fornecem equipamentos e medicamentos para o sistema de saúde brasileiro e pela corporação médica, visto que a figura do médico possui a centralidade do processo e das decisões. O exercício desse jogo econômico é uma realidade tanto no setor privado quanto no público, e o SUS ainda não conseguiu enfrentar esse tipo de poder que, além de hegemônico, possui influências do capitalismo para sua manutenção.

Para melhor compreensão da presente seção, optou-se por apresentar a análise das situações-problemas e de suas consequências nos seguintes subtópicos:

- ✓ Formação médica inadequada;
- ✓ Desvalorização do profissional de medicina de família (generalista);

- ✓ Pouca resolutividade da AB;
- ✓ Aumento da demanda por consultas e exames especializados.

#### 5.2.2.1 Formação médica inadequada

A centralidade conferida ao trabalho médico faz com que exista uma grande demanda por esse profissional. No entanto, existe número insuficiente desse trabalhador no mercado de trabalho da macrorregião, além da equipe gestora identificar limitações na sua formação, para o enfrentamento da realidade do SUS:

*É difícil você achar médico na região (GA2);*

*Vem desde a formação, eles não vêm preparados para trabalhar na saúde coletiva, na atenção básica, para dar uma assistência integral, holística, eles vêm pensando em qual residência, qual especialidade eles vão fazer. A formação do profissional médico é muito hospitalocêntrica (GC2);*

*Dificulta o olhar integral devido à formação (GL1).*

O número de médicos que compunham a região de estudo, em dezembro de 2015, era de 3.138, sendo que 83,5% atuavam no SUS. O índice de médicos na região é de 1,25 por mil habitantes, valor inferior ao encontrado no Brasil (1,72) e no Paraná (1,73) (REGIÃO E REDES, 2013).

O Conselho Federal de Medicina (CFM) sinaliza para a desigualdade de distribuição de médicos no país. As regiões que possuem o maior número de pequenos municípios contam proporcionalmente com um menor número de médicos (SCHEFFER, 2015). O que se observa é um número insuficiente de médicos nos municípios estudados, e isto reflete na disponibilidade de assistência à saúde por parte desse profissional nestas localidades.

As críticas ao modelo de formação das profissões de saúde geraram movimentos que culminaram na organização das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), para os cursos de graduação da área, o que tem sido uma tentativa de se romper com o modelo tradicional de formação biologicista e introduzir o paradigma da integralidade (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

A formação de profissionais de saúde com perspectivas para a integralidade é uma tarefa desafiadora tanto por representar uma ruptura com o modelo tradicional

de formação, quanto por necessitar da reorganização dos serviços de saúde e de mudanças nos processos de trabalho (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

#### 5.2.2.2 Desvalorização do profissional de medicina de família (generalista)

A equipe gestora relatou dificuldade em contratar médicos com formação específica para atuação na AB. Isto se deve à pouca valorização do profissional generalista ou médico de família:

*Nós temos um profissional médico que trabalha há muito tempo, ele é generalista e atende tudo, e hoje nós não conseguimos mais o médico clínico geral, todos eles procuram a especialidade (GL8);*

*Tem que ter o profissional (médico) voltado para a atenção básica, senão, não adianta, não resolve (GJ2);*

*Geralmente, o médico de família ou o clínico geral não é valorizado como o especialista, tanto no reconhecimento profissional quanto na valorização financeira (GC6).*

Ao referir a busca pelo profissional médico generalista, clínico geral ou de família e comunidade, a equipe gestora ressalta a escassez e a necessidade deste tipo de profissional, que possui um olhar diferenciado e específico para o cuidado dos usuários na AB, pois o gestor acredita que esse trabalhador estaria contribuindo de forma positiva para a resolução das demandas desse nível de atenção.

Em relação às áreas das especialidades dos médicos no Brasil, de acordo com o CFM (2015), do total de médicos em atividade no Brasil no ano de 2014, 59% possuíam título de especialista (Paraná 66,8%); destes, 28,0% tinham duas ou mais especialidades.

Dentre as especialidades oficialmente reconhecidas no Brasil, as que possuíam maior número de especialistas eram: Clínica Médica (10,6%), seguida de Pediatria (10,5%), Cirurgia Geral (8,8%), Ginecologia e Obstetrícia (8,6%), Anestesiologia (6,3%) e Cardiologia (4,0%). A especialidade de Medicina de Família e Comunidade (MFC) concentra apenas 1,2% dos especialistas (CFM, 2015).

A MFC é uma especialidade clínica voltada para o cuidado abrangente e continuado a todos os indivíduos que procuram a AB, independentemente de idade, sexo ou afecção, buscando cuidar de indivíduos no contexto de suas famílias,

comunidades e culturas (WONCA, 2002). Ela é vista como uma área fundamental para o bom desenvolvimento da AB e conseqüentemente para a consolidação de um sistema de saúde resolutivo, abrangente e capaz de gerenciar de forma eficaz seus recursos (JANAUDIS, 2010; ANDERSON; GUSSO; CASTRO FILHO, 2005).

Embora a especialidade de MFC venha ganhando espaço como responsável pelo cuidado médico na AB, não há seu reconhecimento devido ao fato de que a sociedade e a classe médica em geral categorizam-na como medicina para os pobres, no qual a AB é vista como um local de baixa complexidade médica, existindo uma visão de que os médicos de família não têm qualificação e nem potencial suficiente para atender as demandas da população, e são pejorativamente considerados médicos de “segunda classe” (DEMARZO; ANDERSON, 2006; MELLO et al., 2009; JUSTINO; OLIVER; MELO, 2016). Esta situação faz com que os próprios especialistas em medicina de família criem um “complexo de inferioridade” ao se compararem com outras especialidades (STARFIELD, 2002).

A desvalorização do médico de família e comunidade pode ser explicada dentro do jogo das ciências, no qual se identifica uma disputa de forças entre a MFC e as outras especialidades, por espaço entre o conhecimento científico e as ideologias. Nessa competição pelo patrimônio de conhecimento acumulado, as outras especialidades exercem um poder maior em relação à MFC. Esse poder também se entrecruza ao poder do jogo econômico, pois o médico de família e comunidade acaba sendo menos valorizado financeiramente frente às outras especialidades.

Diante do cenário de dificuldades relacionadas ao trabalho médico e à pouca valorização do profissional generalista, os gestores relataram:

*Quem acaba de se formar vai lá atender na unidade, porque ele já está estudando pra fazer a residência, e no primeiro momento que ele passar, ele vai abandonar aquilo ali (GL8).*

Observa-se que a desvalorização do trabalho do profissional médico na AB influencia as escolhas dos estudantes de graduação por trabalharem nessa área. A percepção que muitos acadêmicos e internos têm quando fazem seus estágios na AB é de uma medicina praticada em unidades precárias, com pouca tecnologia, com profissionais pouco qualificados e pouco resolutivos que referenciam para outros

níveis do sistema muitas das situações clínicas que atendem. Outro motivo que influencia na baixa escolha da residência em MFC no Brasil está relacionado ao fato de não ser necessária uma formação específica para trabalhar na ESF. Esse quadro, somado à atrativa oferta do mercado privado para especialistas, faz com que a MFC não seja uma opção requerida pela maioria dos estudantes (MELLO et al., 2009; JUSTINO; OLIVER; MELO, 2016).

Com base nesta perspectiva, o jogo das ciências que envolve a formação médica encontra-se sob o domínio do poder econômico, presente no modelo de saúde hegemônico, que exerce influências ou subordina a atuação dos jogos das ciências, político e macro-organizacional.

A formação médica necessita do fomento de políticas voltadas tanto para mudanças estruturais no processo de formação como também mudanças no processo de trabalho, visando à reorganização dos serviços de saúde. Para que isso ocorra, é necessário que o SUS exerça uma força maior que os jogos econômico, político e macro-organizacional, que tentam manter esse modelo hegemônico.

Nessa vertente, o que se verifica é uma incapacidade ou impotência do SUS diante dos interesses privados que se sobressaem ao poder econômico, político e macro-organizacional desse grande jogo.

Torna-se oportuno refletir que a realidade do SUS nos MPP também precisa ser revista no sentido de buscar estratégias favoráveis para o estímulo, inserção e fixação dos profissionais médicos nessas localidades, haja vista as dificuldades que o serviço de saúde enfrenta quanto à gestão da força de trabalho de tais profissionais.

#### 5.2.2.3 Pouca resolutividade da atenção básica

Frente ao modelo de atenção hegemônico, cuja organização do processo de trabalho encontra-se centrada no profissional médico, com número insuficiente de profissionais, formação inadequada e pouca valorização do profissional generalista, outro problema apontado em todas as regionais estudadas é a baixa resolutividade da demanda de AB:



*Eles não resolvem o nosso problema, o mesmo médico que está na atenção básica dá plantão no hospital, e ele briga com o gestor e com a equipe porque o hospital está cheio. Havia 30 consultas, que não eram nada, que podia resolver na atenção primária, mas ele está lá na atenção básica e também não resolve, ele não enxerga que ele tem que resolver (GL3);*

*Eu sou um município de atenção básica, eu quero um médico generalista que resolva os meus problemas dentro da unidade, então esses setenta e cinco por cento de cobertura de PSF, muito pouco a gente deve atribuir ao médico, é pouca resolução (GJ2);*

*Você paga caro para manter esse profissional no município, e vai ver a resolutividade dele? É baixíssima, ele encaminha tudo (GI2).*

A racionalidade que orienta as ações de saúde nesses serviços não está dando respostas às situações enfrentadas pelos usuários, o que reforça os problemas existentes para a gestão do SUS nos MPP.

Vale lembrar que os problemas de saúde não são apenas problemas médicos ou desta área, mas são problemas que extrapolam a formação profissional, pois não são simples, abrangem a prática social e exigem uma dimensão técnica e sociopolítica para o seu enfrentamento (MATUS, 2005).

A superação desse cenário impõe um novo referencial de modelo de atenção, assentado no compromisso ético com a vida, com a promoção e a recuperação da saúde, visando à garantia do acesso aos cuidados necessários, o vínculo, a corresponsabilização para com o usuário, a integralidade da assistência e o monitoramento contínuo dos resultados alcançados (VIEGAS; PENNA, 2013).

Nota-se que é colocada uma expectativa muito grande sobre o trabalho do profissional médico, ficando ele como o maior responsável pela resolubilidade dos casos demandados à AB. E isso pode ter como consequência a não adesão desse trabalhador a esse tipo de serviço que é de alta complexidade, porém requer a utilização de uma densidade tecnológica baixa.

Quanto à adesão do profissional médico na ESF, o estudo de Ney e Rodrigues (2012) revelou os fatores que estimulam a continuidade deste profissional na ESF como a identificação com a filosofia da estratégia, o vínculo estabelecido com a comunidade e o reconhecimento dos usuários pelo trabalho realizado.

Em contrapartida, dentre os fatores que desestimulam a continuidade, destacam-se a ausência de plano de cargos, carreiras e salários, a carga elevada de trabalho na ESF, a baixa remuneração e o baixo status social e profissional, a

precariedade de vínculos trabalhistas, as condições físicas das unidades, a baixa integração com os demais níveis de complexidade, a dificuldade de trabalho em equipe multiprofissional e o isolamento e a dificuldade para obter suporte técnico de especialistas (MELLO, 2004; MELLO et al., 2009; NEY, RODRIGUES, 2012).

Atrelado à dificuldade de suporte técnico especializado, os médicos queixaram-se da irregularidade das atividades de educação permanente e a dificuldade de diálogo com os especialistas, quando têm dúvidas sobre casos clínicos mais complexos, pois estes deveriam dar suporte à ESF, mas não entendem o modelo de atenção da estratégia, manifestando certo tipo de descaso com os médicos de família (MELLO et al., 2009; NEY; RODRIGUES, 2012).

Diante da dificuldade de resolução dos casos pela AB, atribuída como maior responsabilidade ao trabalho do médico, torna-se necessário refletir sobre as limitações que existem no fato de responsabilizar em maior proporção somente um profissional pela resolutividade da assistência à saúde, haja vista a complexidade dos problemas que o setor de saúde enfrenta. Nesse sentido, presume-se que a formação generalista seja capaz de assumir todas as funções da clínica, o que não leva em conta a complexidade do processo saúde-doença e a necessidade de constituição de equipes multiprofissionais, com ações intersetoriais.

De acordo com Merhy e Franco (1996), para que a mudança do modelo assistencial ocorra, propõe-se um processo de trabalho multiprofissional e determinado por tecnologias leves/leve-duras, com a produção do cuidado entendido enquanto ações de acolhimento, vínculo, resolução e autonomia do usuário.

Para que isso ocorra, cada profissional de saúde deve compreender as limitações de sua área de atuação para que possa haver uma mudança nas relações de poder entre as diversas categorias profissionais, bem como a inserção da atuação de equipes multiprofissionais que assumam o compromisso de atuarem diante das necessidades do SUS (FEUERWERKER, 2002).

A partir desse raciocínio, observa-se a existência de relações de poder entre os profissionais de saúde, e neste jogo o médico tem o domínio do jogo das ciências em relação aos outros profissionais. No entanto, mesmo ocupando posição nuclear e tendo o poder de tomar decisões na área da saúde, os problemas são oriundos de situações de várias espécies e origens, de difícil enfrentamento, e não possuem somente uma única causa e efeito. Assim, as intervenções nesses problemas

requerem a consideração de múltiplos fatores, por isso, somente por meio de um trabalho multiprofissional e intersetorial as situações poderiam ser amenizadas, o que favoreceria de certa forma o enfrentamento dos problemas nesses municípios.

#### 5.2.2.4 Aumento da demanda por consultas e exames especializados

Os gestores apontaram que a baixa resolutividade na AB dá origem a um aumento da demanda por consultas especializadas e exames diagnósticos:

*Pois deveria se resolver na atenção primária, porque o paciente entra no consultório, o médico mal examina e já passa uma tomografia, uma ressonância. É um exame muito caro, entendeu, o atendimento deles tinha que ser mais resolutivo, é muito médico ao, ao, ao, encaminha ao, encaminha ao (GL2).*

A resolutividade dos problemas de saúde é um grande nó crítico da área, e é um ponto almejado por todos os gestores do SUS.

Identifica-se na fala da equipe gestora uma concepção de resolutividade impregnada pelos valores do modelo biomédico, pois eles analisam a AB como pouco resolutiva referindo-se somente a uma parte do atendimento ao usuário, que seria a consulta médica.

A finalidade dos processos de produção dos serviços de saúde deveria ser o atendimento das necessidades de saúde dos indivíduos, de acordo com o processo saúde-doença, tendo em vista instaurar uma dinâmica de trabalho que responda a esses problemas (SOUSA et al., 2014).

Para que os indivíduos recebam o cuidado necessário, a atenção à saúde deve ser resolutiva, ou seja, que o problema de saúde seja resolvido “ou naquele ou em outro ponto de atenção, ao primeiro contato com o serviço” (FINKLER et al., 2014, p.549). Nesse intuito, a resolutividade envolve a efetividade dos processos de trabalho para o enfrentamento da maioria dos problemas e necessidades de saúde da população.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006b), a Unidade de Saúde da Família (USF), inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema de saúde, vinculada a uma rede de serviços hierarquizados, deve garantir assistência integral e dar conta de aproximadamente 80% dos casos

demandados a ela, referenciando aos níveis especializados quando as situações ou problemas identificados requererem resolução fora do âmbito da AB.

Mesmo sendo a AB uma das principais portas de entrada do sistema de saúde e ordenadora da atenção, a ESF ainda utiliza tecnologia insuficiente na produção de atos de saúde para dar conta da diversidade e da complexidade de suas demandas, o que a faz encaminhar uma quantidade considerável de casos para níveis de maior complexidade, na tentativa de sua resolução (VIEGAS; PENNA, 2013). Além disso, a oferta de serviços na média complexidade na região estudada é insuficiente, inferior à preconizada (SILVA, 2016).

Apesar da ESF constituir estratégia técnica e política com potencialidade para equalizar a relação oferta-demanda da população, ainda é preciso rever as formas de produção do cuidado, para que essas obtenham melhores resultados (AZEVEDO; COSTA, 2010). Monnerat, Senna e Souza (2002) também referem que a baixa resolutividade na AB ocasiona a existência de uma sobrecarga de encaminhamentos para a atenção especializada.

Não é simples analisar e identificar os problemas gerados pelo jogo social da saúde. Por se tratarem de problemas quase estruturados, muitos deles não estão na superfície da prática, são de variáveis mutáveis e surgem de uma desigualdade de resultados que envolve suas relações causais (MATUS, 2005). Neste sentido, não basta ter somente uma AB resolutiva, é preciso que exista uma RAS em que os serviços que a compõem estejam integrados por meio de sistemas de comunicação, serviços de transporte, referência e contrarreferência, sistemas de regulação, além da oferta suficiente de ações e serviços de acordo com a necessidade/demanda dos usuários (MENDES, 2011). Neste intuito, a continuidade do cuidado do usuário, como princípio do SUS, estaria sendo posta em prática.

Outro ponto a ser discutido é em que medida está se investindo na AB para que ela seja realmente a porta de entrada preferencial e a ordenadora do cuidado no sistema de saúde. Cecílio (2012) questiona o modo como a rede básica está sendo operada de fato, pois se encontra muito distante de tudo o que tem sido proposto, pensado e investido para que ela possa se transformar na porta de entrada para o SUS.

Esse autor refere que uma AB dos sonhos seria concretizada por meio de uma ampla rede de serviços que estivesse próxima aos usuários colocando em

prática os conceitos de acesso universal, resolutividade, cuidado integral e que fosse promotora de cidadania e consciência sanitária (CECÍLIO, 2012). No entanto, o mesmo autor sinaliza variados e complexos fatores que se interagem e conspiram para transformar a AB idealizada em uma simples quimera (produto da imaginação, sonho ou fantasia).

Dentre os fatores que Cecílio (2012) aponta estão: a difícil fixação do médico para a construção do SUS; a eterna defasagem entre a oferta de serviços, que parece não ter fim, e a percepção de uma demanda interminável; a “deformação”, na prática, de um conjunto de dispositivos pensados para melhorar a qualidade do atendimento, como o acolhimento (CAMELO e col., 2000, apud CECÍLIO, 2012); a impotência das equipes de saúde diante dos “problemas sociais” que invadem suas agendas (CECÍLIO, 2012).

Nesse sentido, também é preciso rever em que medida a gestão dos MPP está investindo na AB para que ela seja resolutiva e desenvolva seu papel de porta de entrada e ordenadora do cuidado em saúde, pois se espera muito em relação a um nível de atenção no qual não se investe o necessário para melhorias e mudanças no panorama desse setor.

Após analisar as situações-problema que envolvem a reprodução do modelo biomédico de atenção à saúde, observa-se que o usuário do SUS, a todo momento, é influenciado em suas escolhas a procurar por cuidados terapêuticos, e muitas vezes tal influência é exercida pelo domínio do jogo econômico, que possui interesses capitalistas de grupos hegemônicos para a área da saúde.

O poder econômico pode produzir um usuário chamado usuário-fabricado, normalizado, calculado. O usuário passa a ter uma visão distorcida de suas necessidades e reproduz a ideologia de “falsas necessidades” que a medicina tecnológica, em parceria com o complexo médico-industrial, vai produzindo sem cessar em sua mente. Nesse sentido, o usuário é influenciado por significados que são socialmente produzidos e, com o tempo, acaba almejando conseguir tal consumo. Dessa forma, a partir de tal julgamento ele produz significados para a utilização do SUS e o compara com modelos idealizados de funcionamento (CECÍLIO, 2012).

A estratégia deste tipo de poder é usar da consciência deste usuário, produzida pela ideologia hegemônica de saúde, de que a partir da utilização de

produtos como a consulta médica especializada, exames e medicamentos, ele estaria cuidando da sua saúde da melhor maneira possível. Assim, o interesse do capital, em lucrar com a compra de serviços, equipamentos e insumos, seria atingido demonstrando que a lógica de mercado encontra-se presente no modelo hegemônico e faz parte tanto do sistema privado quanto do público.

Nesse jogo social, o domínio do jogo econômico coordena a lógica dos jogos: da comunicação, da vida quotidiana, pessoal e político.

O jogo econômico é o detentor dos recursos econômicos, cuja função é produzir bens e serviços demandados para satisfazer as necessidades em saúde da população. É o jogo entre empresários e consumidores, pelo controle dos recursos econômicos e pelo domínio do mercado (MATUS, 2005).

No SUS, esse jogo pode ser visto por meio da participação do setor privado que exerce o papel de empresários, enquanto que o gestor e o usuário podem ser vistos como consumidores. A própria Constituição – Lei 8080 (BRASIL, 1988) admite à iniciativa privada a participação na prestação de serviços para o sistema público com caráter complementar, mediante contrato regido pelo direito público, e a Lei nº 13.097/15 (BRASIL, 2015) alterou a Lei 8080/90 permitindo a participação direta ou indireta de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde, ou seja, a própria Lei dá abertura ao mercado internacional.

O SUS ainda não consegue assegurar a prestação de serviços à população sem a complementação do setor privado. Os interesses capitalistas de grupos hegemônicos mantêm essa situação, pois é grande o interesse por um setor tão lucrativo como o da saúde (BRAGA; PAULA, 1981). Além do mais, a participação do setor privado no SUS garante-lhe um padrão de rentabilidade e sustentabilidade e, ao mesmo tempo, poupa o setor público de realizar investimentos na área (COHN, 2011).

Os interesses do setor privado são consolidados na legislação estatal, e o setor público acaba sendo infiltrado por “arranjos” em modelos de gestão público-privada que se apresentam com pouca transparência e respeito ao princípio da equidade, além de baixa resolutividade (ROMANO; SCATENA; KEHRIG, 2015).

Para atingir seu objetivo, o jogo econômico utiliza-se do jogo da comunicação, que por meio da linguagem exerce influências sobre todos os outros jogos. Esse jogo disputa a transparência, ou opacidade, ou o controle da interação humana,

gerando convicções e motivações, que neste caso pode ser a manutenção da ideologia dominante, ou seja, da manutenção do modelo biomédico de atenção à saúde (MATUS, 2005).

O poder da comunicação exerce uma força sobre o jogo da vida cotidiana no qual se disputa um espaço nos modos de vida dos cidadãos. É o jogo do homem no seu local de residência para resolução de seus problemas de saúde, dentre outros problemas, cujo objetivo é a melhoria da qualidade de vida (MATUS, 2005).

O desenvolvimento do jogo da vida cotidiana sob a influência do jogo da comunicação e econômico traz repercussão sobre o jogo pessoal do usuário do SUS. O jogo pessoal na área da saúde é visto quando o usuário, ao utilizar o serviço de saúde, busca a satisfação de seu mundo interior e constrói sua posição no jogo social.

Ainda se faz necessário analisar a presença do jogo político, que também faz parte desse grande jogo. A disputa pelo controle dos diversos sistemas de governo em vigor no jogo social combina a luta por motivações pessoais com as motivações ideológicas presentes no jogo político (MATUS, 2005). Nestas localidades, os gestores, por meio de seu papel político, utilizam-se do poder político para proporcionar acesso aos serviços de saúde à população e assim, como retorno, almejam o apoio eleitoral para a manutenção de sua candidatura.

No jogo social que permeia a gestão do SUS verifica-se o domínio do jogo econômico que influencia o jogo da comunicação, da vida cotidiana, pessoal e político, exercendo uma força contra os princípios políticos do sistema de saúde. O poder econômico que está por trás do modelo hegemônico é muito forte, e sua força segue em uma via de contramão à política almejada pelo sistema de saúde brasileiro, pois o seu objetivo é desestruturar o SUS.

O movimento de mudança do modelo de atenção preconizado pela Reforma Sanitária, defendido pela Constituinte que deu origem ao SUS, está exercendo um poder ainda insuficiente frente ao jogo social dominado pelo modelo hegemônico.

Nesse contexto, os atores sociais da gestão deparam-se com várias situações-problema que emergem da reprodução do modelo biomédico e que é preciso desenvolver estratégias de gestão para a implantação do modelo de atenção proposto pelos princípios do SUS.

### 5.2.3 Número Insuficiente de Médicos nos Municípios de Pequeno Porte

Tendo em vista os enfrentamentos que a equipe gestora revelou quanto ao modelo de atenção e organização do processo de trabalho nos serviços de saúde, verifica-se que esse tipo de modelo é dependente do trabalho do profissional médico, que é nuclear no modelo hegemônico.

As dificuldades reveladas estão relacionadas à contratação: *não tem profissional no mercado (GJ1)*; à fixação deste profissional devido ao gasto que o município tem para manter este profissional: *tá difícil você manter, é um custo muito alto (GI4)*; *os municípios gastam 50% do que arrecadam com médico, sem condição! (GJ1)*.

O cumprimento da carga horária desse trabalhador é tido como uma dificuldade para a gestão: *você vai bater de frente com o profissional médico pra cumprir a carga horária, sabe o que acontece?, ele pede a conta e pula pro outro município do lado (GC2)*. O não cumprimento da carga horária do médico afeta a organização do serviço, o processo de trabalho e influencia negativamente o trabalho dos outros profissionais de saúde.

Os achados da presente pesquisa corroboram os de outros estudos, que apontaram a alta rotatividade do profissional médico como desafio para a efetivação do SUS, no que diz respeito à expansão e qualificação das ações realizadas na ESF (GIRARDI; CARVALHO, 2003; BRASIL, 2005b).

Estudo realizado entre 2004 e 2005 no município de São Paulo, cujo objetivo foi identificar os fatores que levam à rotatividade dos médicos generalistas da ESF, encontrou correlação negativa entre a satisfação no trabalho dos médicos e a rotatividade dos mesmos na ESF. Segundo os autores, os fatores que apresentaram maior correlação com a rotatividade foram falta de capacitação, distância até o local de trabalho e indisponibilidade de materiais para realizar o trabalho. Quanto à remuneração, mesma pesquisa apontou que o salário é um atrativo para o profissional, porém não o fixa, e na atual circunstância da ESF seria uma forma de compensação da precariedade do vínculo (CAMPOS; MALIK, 2008).

Estudo que analisou as condições que interferem na fixação do médico da ESF sinaliza que a remuneração praticada na estratégia foi considerada muito ruim e inadequada para uma carga horária de 40 horas semanais, em comparação a



salários praticados em outros serviços de saúde. Os baixos salários e a ausência de planos de cargos e carreiras adequados são tidos como pontos negativos para a fixação dos médicos, com isso o regime de trabalho na estratégia não é visto com perspectivas de futuro para estes profissionais (NEY; RODRIGUES, 2012). Esses fatores contribuem para que os médicos desistam de permanecer trabalhando na ESF.

A remuneração deficiente é um fator que leva ao acúmulo de vínculos de trabalho por parte dos médicos, e conseqüentemente ao descumprimento da carga horária estipulada pela ESF. O médico possui um poder de barganha devido às alternativas que o mercado de trabalho oferece a esse profissional, o que torna difícil mantê-lo na estratégia e reflete na rotatividade elevada desse trabalhador no serviço de AB (NEY; RODRIGUES, 2012). Esse problema também ocorre em outros municípios brasileiros e resulta em prejuízo para a qualidade do trabalho do profissional médico e para o serviço de saúde (BRASIL, 2000; NEY, 2009).

O jogo social presente na gestão do trabalho do profissional médico revela que esse trabalhador se sobressai em relação ao jogo da ciência devido ao fato de apresentar uma centralidade no poder decisório do processo de trabalho regido pelo modelo hegemônico. Neste sentido, foi-lhe atribuído um reconhecimento social que o diferencia dos outros trabalhadores em saúde.

O poder técnico que é referido por Testa (1992) permeia a ação do profissional médico no jogo da ciência e acaba exercendo influências no jogo econômico, pois os gestores despendem recursos financeiros em maior quantidade para sua manutenção no SUS, haja vista a necessidade de médicos nos serviços de saúde municipais, devido à escassez deste profissional e ao fato de ele possuir várias alternativas de atuação no mercado de trabalho.

O número insuficiente de médicos nos MPP permeia as dificuldades oriundas da manutenção do modelo de atenção biomédico, constituindo-se em nó crítico para oferta e organização dos serviços de saúde na região.

#### 5.2.4 Oferta Insuficiente de Serviços de Média e Alta Complexidade

Um dos problemas mais referidos pela equipe gestora em todos os municípios das regionais estudadas foi a oferta insuficiente de serviços de MAC.

Os municípios deparam-se com a dificuldade de acesso à atenção especializada devido, primeiramente, à oferta insuficiente de serviços nessa área.

As dificuldades relacionadas à oferta insuficiente de serviços de MAC foram subdivididas em:

- ✓ Oferta insuficiente de serviços de MAC pelos CIS;
- ✓ Pouca participação e poder dos municípios na administração dos CIS;
- ✓ Desorganização dos pontos de atenção para continuidade do cuidado;
- ✓ Insuficiência das RAS.

Estas situações-problema interferem diretamente no acesso dos municípios à MAC e resultam em aumento dos gastos dos municípios e em descontinuidade do cuidado.

#### 5.2.4.1 Oferta insuficiente de serviços de média e alta complexidade pelos consórcios intermunicipais de saúde

A oferta de consultas e exames diagnósticos oferecidos pelos consórcios não é suficiente para atender a demanda dos municípios: *o consórcio não dá conta não, não tem tudo (GL3); endócrino não tem mais, reumato, ortopedia não tem (GL1); além de ter grandes filas (GL2).*

Os achados da presente pesquisa corroboram os de outros estudos realizados no Estado do Paraná, cujos resultados apontaram a existência de uma oferta insuficiente ou de distribuição inadequada das consultas especializadas nos CIS (NICOLETTO; CORDONI JR.; COSTA, 2005; SILVA, 2016).

Em estudo cujo objetivo foi analisar as estratégias utilizadas pelos gestores dos MPP para proporcionar o acesso dos usuários aos serviços de média complexidade pelo SUS, identificou-se que o CIS não tem conseguido atender, para a maioria dos MPP, as demandas mensais por consultas especializadas, em áreas específicas, refletindo diretamente na qualidade de atendimento especializado, principalmente nas especialidades com maior dificuldade de acesso, como ortopedia, neuropediatria, cirurgia vascular, urologia, reumatologia, otorrinolaringologia, endocrinologia, geriatria e proctologia (SILVA, 2016).

A equipe gestora refere a insuficiente oferta de serviços de MAC pelo CIS pois: *o consórcio está indo de mal a pior (GI1); a assistência dos médicos do*

*consórcio está péssima, não se consegue achar especialista (GC4);* e essa administração encontra-se estagnada, não agindo para dar respostas às deficiências no atendimento. Também se deparam com a dificuldade de contratação de especialistas por parte do CIS, devido à escassez desses profissionais na região, além do montante de recurso financeiro utilizado para obter as ações de MAC e o pouco retorno que o CIS está dando para o município.

A existência de áreas específicas em que o acesso é mais difícil para os MPP deve-se à insuficiência de cotas no consórcio, pela falta de oferta de determinados serviços, pela falta de especialistas, ou da manutenção dos mesmos no sistema, ou, ainda, pelo não cumprimento do que está especificado na legislação, quanto à oferta de vagas para consultas especializadas aos municípios (SILVA, 2016).

A oferta de serviços e procedimentos de MAC na rede pública foi organizada por meio da complementaridade do setor privado, que insere a participação de instituições e profissionais dessa mesma esfera no ambiente público estatal (QUANDT, 2012).

Na maioria dos municípios estudados, o CIS procura realizar a contratação de serviços junto ao setor privado negociando as ações por meio da tabela SUS, ou também promove um aditivo a essa tabela na tentativa de conseguir comprar os serviços necessários. No entanto, o que se observa é que os valores propostos não estão satisfazendo o setor privado, ou seja, a classe médica não adere a esse incremento financeiro promovido pelo CIS e muito menos aos valores definidos pela tabela SUS, o que ocasiona dificuldades relacionadas à contratação de serviços e de profissionais especialistas para a manutenção dos serviços do CIS. A não efetividade do consórcio reflete os enfrentamentos e debilidades quanto aos serviços de MAC e repercute diretamente na qualidade e continuidade da assistência à saúde aos munícipes.

Outro ponto levantado na presente pesquisa é que os CIS, na maioria das regionais estudadas, acabam exercendo a mera função de intermediar a contratação de serviços de MAC junto ao setor privado, e não conseguem exercer um papel que vai além da compra de serviços para a integração da assistência entre os diversos pontos de atenção.

Em estudo de Quandt (2012), cujo objetivo foi avaliar a efetividade do Consórcio Intermunicipal de Saúde da região do Alto Uruguai Catarinense, verificou-

se que na implementação e inserção de CIS para atenção à MAC do SUS, o consórcio apresenta-se como mediador de compra de serviços, sem o enfrentamento de um contexto mais amplo, ou seja, não existe um comprometimento com a continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde. Outro resultado discutido foi que o credenciamento de profissionais especialistas na região é escasso por problemas de demanda, de corporativismo médico ou de não concordância do profissional com a política do SUS. Os achados do presente estudo corroboram os resultados da pesquisa de Quandt e retratam a dificuldade referente à contratação de especialistas e sua manutenção no CIS.

#### 5.2.4.2 Pouca participação e poder dos municípios na administração dos consórcios intermunicipais de saúde

Os enfrentamentos relacionados à dificuldade de funcionamento e administração dos consórcios devem-se à pouca participação e poder dos municípios na administração dessa instituição de saúde.

As equipes gestoras não visualizam o consórcio como uma instituição de responsabilidade e administração dos municípios, e tratam-no como um membro à parte, como se fosse de responsabilidade de outra instância de governo. Elas não se reconhecem como as maiores responsáveis pela administração dos consórcios e acabam assim tendo pouca participação nesse processo, distanciam-se e não respondem pela situação que o consórcio enfrenta, pois possuem pouco poder para administração do consórcio.

Apesar de a administração do CIS estar subordinada ao Conselho de prefeitos, a equipe gestora dos municípios refere inexistência de espaço para opinar sobre os problemas enfrentados. Assim, ela acaba sentindo-se impotente, ou até mesmo se distancia, sem poder intervir nessa situação, pois não consegue exercer nenhum tipo de influência ou poder sobre a situação que o consórcio enfrenta.

É importante analisar que os gestores distanciam-se do processo de organização do CIS devido ao fato de possuírem uma força mínima frente à dinâmica de funcionamento das contratualizações dos serviços pelo consórcio, haja vista que tal processo requer um poder político em relação a um jogo econômico

muito forte, influenciado pelo modelo neoliberal instalado, que orienta o sistema e fragiliza o controle do Estado (QUANDT, 2012).

#### 5.2.4.3 Desorganização dos pontos de atenção para continuidade do cuidado

Diante de um cenário cercado por problemas no acesso e na oferta de serviços de MAC, a maioria da equipe gestora referiu que os pontos de atenção não estão organizados e estruturados para dar continuidade ao cuidado do usuário pela rede de atenção à saúde. Dessa forma, o gestor também enfrenta barreiras relacionadas à garantia de continuidade do cuidado na atenção especializada, sendo tal questão um dos nós críticos mais referidos pelos gestores em todas as regionais estudadas.

Vários estudos abordaram a existência de problemas ligados à referência para algumas especialidades e serviços devido ao fato de o acesso aos demais níveis de complexidade ainda ser insuficiente (CORIOLANO et al., 2010; ALMEIDA et al. 2010; VIEGAS; PENNA, 2013; MELLO et al., 2014). Na atenção de média complexidade, verificou-se demora para conseguir referência para especialidades e também dificuldades para agendamento de procedimentos especializados. Esse entrave acarreta em um grande número de encaminhamentos que é feito para o Tratamento Fora do Domicílio (TFD) (CORIOLANO et al., 2010; VIEGAS; PENNA, 2013).

Na presente pesquisa, o estrangulamento da atenção especializada ora é visto como fazendo parte de dificuldades quanto ao insuficiente número de vagas oriundo de uma gestão incipiente, desorganizada, deficiente, com poucos pontos de atenção, ora é visto como reflexo de uma AB não resolutiva nos municípios estudados. No entanto, não se pode deixar de mencionar que a reorganização da AB no município e a continuidade e a resolutividade do cuidado do usuário do SUS também implicam que esse cuidado seja efetuado em todos os pontos de atenção (VIEGAS; PENNA, 2013). De acordo com Coriolano et al. (2010), o estrangulamento da atenção especializada reflete as dificuldades que o sistema de saúde está enfrentando quanto à gestão dos recursos disponíveis.

O que se observa é que existe uma dificuldade no acesso aos serviços que vai para além do território e da responsabilidade do município. Isso ocorre devido ao

fato de os serviços, de forma geral, não estarem integrados entre os diversos níveis de atendimento e as ações de integralidade e intersetorialidade serem vistas como um grande desafio, que influenciam diretamente na continuidade do cuidado ao usuário do SUS.

Outro fator que dificulta e compromete a continuidade do cuidado é a ausência de comunicação entre os níveis de atenção:

*Contrarreferência não existe (GI3);*

*Você encaminha a gestante com cartinha para o médico, mas depois da consulta você não sabe o que aconteceu, o que o médico indicou, e ela também não sabe falar (GC8);*

*No nosso caso não tem contrarreferência nenhuma, não tem retorno de nada (GL5).*

A inexistência de um retorno do especialista ou um diálogo que contrarreferencie o usuário para a ESF faz com que o cuidado seja fragmentado e descontínuo, o que leva à não resolutividade dos casos, um dos problemas mais apontados pelos gestores dos MPP estudados, para o sistema de saúde como um todo.

Essa continuidade do cuidado não está acontecendo devido às dificuldades e desarranjos na gestão do SUS, principalmente por parte da área especializada que é de maior responsabilidade do estado e da União e que acaba sendo dependente do setor privado. A lógica do setor privado é diferente da lógica do SUS, o interesse do setor privado é vender consultas ou procedimentos ao SUS, e isto não inclui o acompanhamento do usuário ou o *feedback* das situações para os outros serviços.

Os gestores afirmaram a inexistência de vínculo, garantia e qualidade do serviço prestado pelo setor privado. Não existe a comunicação entre os serviços de maior complexidade para a continuidade do acompanhamento do usuário, nem pactuações com metas a serem atingidas para melhor efetividade e qualidade desses serviços contratados.

A ausência de comunicação entre os serviços e/ou profissionais que compõem a AB e a atenção especializada é um fator de fragilidade na constituição de um cuidado contínuo no sistema de saúde (SOUSA et al., 2014). É necessário que existam práticas mais articuladas, com clareza quanto às rotinas para o

atendimento e encaminhamentos de referência e contrarreferência. Para que haja melhora nessa comunicação, é preciso pensar na estruturação dos fluxos assistenciais a partir de ferramentas tecnológicas, como exemplo pode-se citar centrais de regulação informatizadas (SOUSA et al., 2014). Tais iniciativas têm a intenção de que o acesso aos serviços de saúde seja auxiliado de forma positiva, para que o usuário não se perca pelo caminho e faça um trajeto na rede de cuidados com respostas mais integrais e equânimes (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010).

Em estudo cujo objetivo foi analisar a atuação da Secretaria Estadual de Saúde (SESA) de Mato Grosso (MT) na articulação público-privada na atenção ambulatorial de MAC do SUS, revelou-se que o estado credencia/habilita ou contrata serviços de MAC de acordo com a lógica da oferta privada. As Organizações Sociais de Saúde (OSS) possuem processo de avaliação e controle que fogem às regras do sistema de saúde e acabam prestando serviço por valores sempre superiores aos da tabela SUS, além de não possuir parâmetros nem protocolos para esse tipo de assistência. Isso fragiliza o setor público, e denota uma aparente “incompetência de gestão” por parte do estado (ROMANO; SCATENA; KEHRIG, 2015). Para esses autores, o *mix* público-privado influencia as decisões e sempre prevalecem os interesses do setor privado diante da prestação de alguns serviços de saúde.

Essa relação entre os atores públicos e privados revela um tipo de relacionamento com múltiplos arranjos, complexo, caracterizado por múltiplas relações que envolvem conflitos de interesses, embora existam iniciativas de cooperação na execução da política de saúde (ALMEIDA; LIMA, 2015).

Dessa maneira, evidenciam-se diversas interseções entre o público e o privado no SUS, que podem ocorrer por mecanismos formais entre os prestadores de serviços, os profissionais de saúde e o estado, ou por vias não formais operadas principalmente por meio dos médicos. Em todas as situações, esses mecanismos encontram-se institucionalizados nas organizações e nos serviços de saúde (ALMEIDA; LIMA, 2015).

Nesse sentido, as características do sistema de saúde são consequência das forças existentes entre os atores políticos envolvidos, que são o Estado, os prestadores públicos e privados, e a corporação médica. Nessa relação, os prestadores privados precisam aumentar sua escala, por isso os serviços do SUS são em certa medida atraentes, pois proporcionam lucratividade. Enquanto isso, o

sistema público depende do privado para garantir a integralidade da atenção aos cidadãos (ALMEIDA; LIMA, 2015).

De acordo com Almeida e Lima (2015), a legislação do SUS ainda tem permitido “espaços” para a inserção do setor privado no sistema de saúde como um beneficiado pelo Estado. Esse entrave entre o público e o privado acaba demonstrando fortemente os conflitos de poder que existem no jogo político e econômico, e que é regido pelas forças do interesse de grupos capitalistas para a privatização da saúde no Brasil, o que revela os atuais embates para a operacionalização do SUS.

Outro nó crítico que os municípios enfrentam são os casos de pacientes que necessitam de atendimentos ou procedimentos que não são comuns, como consultas de subespecialidades ou cirurgias muito específicas que não são realizadas pelo SUS, ou quando na região estudada existe um vazio assistencial para esse tipo de atendimento: *lá teve um acidente, fratura de mão, não fez nada, ele está atrofiando, e a gente não consegue consulta (GL2).*

Os gestores deparam-se com situações que o sistema de saúde não consegue resolver, e a rede de assistência à saúde não está organizada ou não conta com a assistência devida para o caso: *eu tive um caso de uma criança com uma doença raríssima, e que eu não tinha pra onde encaminhar, não sabia como resolver esse problema (GA4).*

Nesses casos os municípios se veem sozinhos na tarefa de proporcionar o acesso e a atenção necessários para seus munícipes e sinalizam fragilidades que o sistema de saúde ainda precisa trabalhar.

Dentro das dificuldades que envolvem a necessidade de atendimento especializado, em uma regional de saúde a equipe gestora apontou situações que os MPP estão enfrentando em relação ao não atendimento a demandas de MAC por parte de outros municípios maiores.

*Porque fica demandando pro serviço deles, agora vocês têm que procurar implantar o serviço de vocês, nós não vamos ser referência pra vocês! Ficou clara essa discussão, porque o município até se desvinculou (GL1);  
Porque eles não atendem, não atendem, não atendem (GL8).*

Os municípios menores buscam garantir o acesso aos serviços especializados, seja por meio do CIS, seja por meio dos princípios de hierarquização



e regionalização, com contratualizações ou pactuações de ações específicas efetivadas com outros municípios maiores, com maior capacidade instalada e tecnologia.

No entanto, os municípios maiores possuem uma estrutura de serviços que supre sua própria demanda e não estão preocupados em serem suporte para outros municípios menores. Isso demonstra que os princípios de hierarquização e regionalização do SUS não estão sendo considerados ou respeitados. Nesse processo foram criados sistemas de saúde isolados, sem o apoio de uma gestão cooperativa, o que reforça o raciocínio de que os MPP se veem sozinhos na tarefa de dar continuidade ao cuidado do usuário numa rede de atenção incipiente, ou que ainda não se encontra organizada. Isso reflete a proposta da regionalização que ainda não foi concretizada ou não avançou.

A garantia do atendimento dos usuários em outros níveis de atenção, que normalmente se encontram instalados em municípios maiores, depende de acordos e pactuações que são firmados entre o município e os outros serviços. O que se percebe é que, em alguns casos, essa pactuação para o acesso aos serviços de maior densidade tecnológica na prática não ocorre e o município acaba não tendo acesso a esse tipo de atendimento. Os municípios acabam vivenciando uma realidade na qual o SUS, que é universal, possui limites que dificultam a sua manutenção enquanto um direito universal (CORIOLANO et al., 2010; ALMEIDA et al., 2010; VIEGAS; PENNA, 2013).

As regras e definições do processo de pactuação entre os níveis de complexidade foram delimitadas pelo COAP. No entanto, por mais que houvesse a possibilidade de intervir nesse processo mediante esse instrumento de gestão, o que se observa no atual momento é que o COAP não se viabilizou política e financeiramente. Com isso, a possibilidade de intervenção não caminhou e não houve avanço dessa discussão.

A grande quantidade de pequenos municípios no Brasil com poucos serviços de média complexidade e quase nenhum de alta complexidade mostrou a necessidade de a descentralização ser acompanhada por estratégias de coordenação e cooperação intergovernamental, para enfrentar as desigualdades regionais e a fragmentação dos serviços nos municípios (BRASIL, 2006a; VIANA; MACHADO, 2008).

#### 5.2.4.4 Insuficiência das redes de atenção à saúde

Diante dos resultados encontrados, observa-se que a organização e o funcionamento das redes de atenção em saúde ocorreram de forma heterogênea, havendo uma diferença entre as regionais estudadas. Essa forma diferenciada de desenvolvimento das redes ocorreu devido a fatores como a realidade enfrentada pelas regionais, a forma como os serviços de saúde estavam organizados, a disponibilidade e oferta de serviços na região, dentre outros.

Mesmo havendo alguns avanços no desenvolvimento das redes em algumas regiões, verifica-se no discurso da equipe gestora que o processo de implantação, organização, execução e administração da maioria das redes de atenção à saúde encontra-se incipiente para a maior parte dos municípios estudados. Em alguns casos, essa rede não está estruturada, encontra-se fragmentada, desconexa, sem apoio à continuidade do cuidado do usuário ou sem garantia de acesso aos níveis de maior complexidade, ou, até mesmo, não existe em algumas localidades: *não está funcionando a rede como um todo (GL8)*. Relataram a existência formal das redes, porém, na prática dos serviços, essas não estão organizadas: *você tem que ter o serviço, mas ainda está só no nome, porque ainda não saiu do papel (GL3)*.

Ao discutirem sobre o funcionamento das redes de atenção, referiram que a *rede de saúde mental não existe (GL5)*. Muitos municípios não possuem o apoio do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) e os que possuem esse tipo de atendimento acabam enfrentando dificuldades em contratar médico psiquiatra para a assistência da população. O município é o responsável pelo atendimento do CAPS e pela sua manutenção financeira, pois se trata de um serviço regional de administração do CIS. Quando existe a necessidade de internação, a equipe gestora referiu recorrer à central de leitos.

Quanto à rede materno-infantil, a maioria dos gestores dos MPP relatou que: *tem bastante problema na Rede Mãe Paranaense (GI2); o Mãe Paranaense funciona bonitinho, mas em cidade grande (nome da cidade-sede da regional), porque na nossa realidade é um caos (GA8)*. Apontaram dificuldades quanto à internação de gestantes de baixo risco para o parto e demora no agendamento de consultas para pré-natal de alto risco: *tá muito difícil, nem com polícia (GC8)*.

Mesmo havendo um fluxograma de atendimento às gestantes na Rede Mãe Paranaense, com pactuação das ações e contratualização das instituições de saúde parceiras, existe o descumprimento destes serviços que deveriam ser prestados: *pra nós não existe aquele fluxograma do Mãe Paranaense, que nem funciona (GC1); até o que é pactuado não acontece (GJ3); a nossa referência é o Hospital X (nome do hospital), mas esse atendimento não existe (GA4).*

Ao discutirem sobre a rede de urgência e emergência, observou-se que esta se desenvolve de forma heterogênea na região. No entanto, a maioria dos municípios encontra dificuldades em sua operacionalização. Em uma regional, a rede de urgência e emergência encontra-se falha: *eles socorrem o caso, mas acabam levando para o nosso hospital, e o paciente fica parado lá, sem um lugar para encaminhar (GC4).*

Em outras duas regionais esta rede não funciona:

*SAMU, pra nós, a gente até desistiu, não tem resolutividade (GJ7);*

*O SAMU pra nós é inviável, porque nós vamos ter que pagar todos os profissionais que vão trabalhar, e ainda vamos ter que continuar encaminhando e pagando pelos atendimentos já realizados pelos hospitais credenciados (GI2).*

Esses resultados apontam uma certa desorganização dos pontos de atenção existentes, com insuficiente estruturação e oferta de serviços e inexistência de um sistema de comunicação entre os níveis de atenção, o que interfere no estabelecimento de fluxos e contrafluxos, podendo refletir em uma assistência à saúde fragmentada, de baixa qualidade, com pouca resolutividade dos problemas de saúde em toda a rede.

Ao discutir as redes de atenção enquanto forma de efetivação da integralidade, Mattos (2006) e Magalhães Jr. (2006) destacam três aspectos: o primeiro é o da integralidade no seu sentido vertical, que analisa o usuário a partir de um olhar integral, ampliado, que pode beneficiar sua saúde ao adquirir o contato e acesso com os diferentes pontos de atenção. O segundo é o da integralidade horizontal, que busca dar respostas às necessidades dos usuários por meio de contatos sequenciais, com diferentes serviços e unidades, contando com o monitoramento deste trajeto. O terceiro diz respeito à intersectorialidade, adquirida

por meio da interação entre políticas públicas, em que as RAS não devem ser restritas ao setor saúde, mas devem estar interligadas com outros setores, buscando intervir nos determinantes do processo saúde-doença.

Ao analisar os três aspectos da integralidade nas RAS, observa-se que o intuito da equipe gestora seria alcançá-los em sua concretude, no entanto somente o primeiro se encontra mais próximo da realidade vivenciada por esses MPP. O usuário é visto no sentido vertical, a partir de um olhar integral e o município não mede esforços para oferecer o contato e o acesso nos diferentes pontos de atenção. Entretanto, o segundo e o terceiro aspectos, que estão relacionados à integralidade no sentido horizontal, realizada por contatos sequenciais e monitoramento do trajeto, bem como as ações intersetoriais, são um desafio para a efetivação do SUS nestas localidades, haja vista os diversos problemas que envolvem as dificuldades relacionadas ao acesso à MAC, à continuidade do cuidado do usuário, à resolutividade do sistema como um todo, à estagnação do processo de regionalização e à inconcretude das RAS.

Mesmo o município enfrentando os diversos problemas elencados até agora, nota-se que houve alguns avanços em relação à garantia de acesso aos serviços de saúde. No entanto, ainda é preciso avançar em direção à integralidade da atenção, pois ela depende das ações ofertadas por uma RAS consolidada no sistema de saúde como um todo. Isto sinaliza que a gestão do SUS ainda não conseguiu superar a fragmentação da produção em saúde presente nas relações entre os serviços que compõem os diversos níveis assistenciais (SOUSA et al., 2014).

Diante dos problemas referidos pela equipe gestora, observam-se os tipos de percalços com que a equipe se depara ao propor medidas para amenizar a situação do município, pois essas questões extrapolam os limites da gestão municipal e requerem o auxílio dos outros entes federados bem como a intervenção de outras áreas, fora do setor saúde, para o enfrentamento dos mesmos.

Neste sentido, a equipe gestora apontou algumas estratégias de gestão que serão descritas e analisadas no próximo capítulo.

### 5.3 AS ESTRATÉGIAS REALIZADAS NO COTIDIANO DA GESTÃO

O presente capítulo teve o objetivo de analisar as estratégias de gestão utilizadas pela equipe gestora para o enfrentamento dos problemas que emergem no cotidiano da gestão municipal e que são oriundos do jogo social.

A estratégia é a forma de fazer o que é possível em função do que é necessário. Neste sentido, a equipe gestora constrói um caminho para atingir seu objetivo, ou acumula forças, ou torna possível, ou busca reduzir as incertezas incutidas nos problemas que envolvem a gestão (GIOVANELLA, 1989).

O ato de planejar, administrar e executar formas de condução dos problemas da gestão, em direção à sua viabilidade de resolução, é uma tarefa inerente ao trabalho da equipe gestora que tenta governar a situação apresentada pelo jogo social e sabe que precisa ter o controle de algum poder para realizar suas jogadas.

Quando a equipe gestora toma uma posição frente ao problema, ela alinha-se em um modo de jogar coerente com seu propósito e tipo de poder que está sob seu domínio. Essa posição reflete o tipo de jogada ou operação que esses atores estão assumindo frente aos seus problemas e revela o interesse que ele apresenta para cada jogada (MATUS, 2005).

Nas várias modalidades de jogos, existem diversos tipos de poder. No entanto, a equipe gestora precisa estar ciente em qual jogo ela está inserida e qual recurso de poder possui, para assim dar prosseguimento à sua estratégia de gestão, de acordo com o problema que procura enfrentar.

Para Matus (2005), quando o ator faz planos para enfrentar as causas do problema por meio de operações, ele deve analisar a viabilidade política do plano e explorar a maneira de construir viabilidade para encarar o mesmo, a partir da realização de operações planejadas.

Muitas estratégias de gestão são comuns, ou seja, conformam um tipo de ação que acaba sendo desenvolvido na maioria dos municípios estudados.

Ao conhecer, analisar e agir sobre o problema buscando resolver ou mesmo amenizar a situação, a equipe gestora deverá considerar que poderá estar intervindo em outros problemas e que o sucesso de seu plano dependerá da estratégia que traçou para a sua resolução.

A operação ou ação realizada para solucionar um problema gera efeitos colaterais, que podem não ser previstos nem desejados pelo ator que intervém na situação. No entanto, não se pode impedir, pelo menos transitoriamente, os efeitos colaterais indesejáveis tanto positivos quanto negativos às metas declaradas, havendo uma troca entre o benefício da meta atingida e o custo de criar novos problemas, ou intensificar os já existentes (MATUS, 2005). Segundo o autor, o ato de intervenção não é limpo, ele gera outros problemas, há portanto um intercâmbio de problemas.

Na maioria das vezes, quando um ator social toma uma decisão a respeito do intercâmbio de problemas, ele efetua essa operação porque, pelo seu critério político, ele estará fazendo uma permuta favorável de problemas (MATUS, 2005).

Entretanto, é preciso considerar que a ação dos gestores relacionada ao intercâmbio de problemas nem sempre é consciente, ou seja, eles nem sempre planejam suas ações e/ou conseguem fazer essa reflexão sobre as consequências da sua ação.

Com o processo de descentralização da gestão do SUS, que ocorreu de forma pouco planejada, recaiu sobre o município, que é o ente federado mais próximo da população, a responsabilidade pelo provimento de toda a assistência à saúde dos usuários do SUS, mesmo que isso não tenha sido formalmente proposto.

Neste sentido, tendo em vista um cenário no qual existem deficiências no acesso aos serviços para uma atenção universal e integral no sistema, o gestor busca suprir as necessidades imediatas de seus munícipes:

*O cidadão, ele mora no município, então ele conhece todo o mundo, o secretário, o prefeito, e ele vai bater na porta da sua casa. O estado e a União não têm morador batendo na porta (GJ1);*

*É igual aquele ditado: "toma que o filho é teu". E a gente acaba tendo que resolver sozinho, porque não tem quem ajude a gente (GC4).*

Para viabilizar a continuidade do cuidado ao usuário do SUS, o município teve que assumir a tarefa de proporcionar a assistência adequada. E, com isso, assumir a responsabilidade por um tipo de assistência que não é de sua competência, como a questão que envolve o atendimento especializado ou de MAC, pois se depara com

dificuldades em contar com o apoio de outras instâncias de gestão para dar respostas a tais problemas:

*Então você acaba fazendo coisa que não é da sua alçada, são da alçada do governo federal ou estadual, você vai comprar por um serviço que não é de responsabilidade do município prestar aquela assistência, mas você tem que fazer para resolver o problema, senão, não resolve, fica parado (GJ1).*

Neste cenário, a equipe gestora lança mão de diversas estratégias, tentando sanar estas necessidades de forma imediata, tais como:

- ✓ Compra de serviços de MAC;
- ✓ Adesão a programas e pactuações;
- ✓ Acordos informais.

### 5.3.1 Compra de Serviços de Média e Alta Complexidade

Diante de um cenário em que os gestores sinalizaram dificuldades enfrentadas pelos serviços locais do município e tendo em vista os encaminhamentos para outros níveis de atenção com o objetivo de resolver as situações que extrapolam as competências da AB, os atores sociais referiram a compra de serviços como uma estratégia utilizada pela maioria dos municípios, e que auxilia no enfrentamento de muitas situações.

A compra de serviços ocorre para suprir a insuficiência e dificuldade de fixação do médico no município; para os serviços que vão além da cota do consórcio; e para a compra de exames, consultas, internações e cirurgias diretamente do prestador privado (outras instituições de saúde ou de outros municípios) por meio de contrato ou convênio.

A equipe gestora referiu utilizar os serviços do CIS como forma de obter os serviços de MAC e comprar vagas (de consultas e exames) ou cotas para além do que é estipulado pela sua participação no consórcio.

Ao se consorciar, o município contribui com um valor fixo mensal para utilizar os serviços do CIS, com isso ele garante um número estipulado de consultas e exames mensais, contratados mediante o pagamento de um valor per capita. Caso

seja necessário, o gestor amplia a compra de exames e consultas, que é cobrada como um valor extra, chamado de extra cota.

Os CIS são de iniciativa autônoma por parte de municípios que integram áreas geográficas contíguas, que se associam com fins de administrar e prover conjuntamente serviços especializados e de apoio diagnóstico de maior densidade tecnológica à população das municipalidades participantes (TEIXEIRA, 2007).

Os CIS foram analisados como estratégia potencializadora do acesso à assistência médica especializada, de serviços de MAC, e como um dos instrumentos de regionalização da gestão do SUS (QUANDT, 2012; NICOLETTO; CORDONI JR.; COSTA, 2005).

Na maioria dos municípios estudados, o CIS procura realizar a contratação de serviços junto ao setor privado negociando as ações por meio da tabela SUS, ou também promove um aditivo a essa tabela na tentativa de conseguir comprar os serviços necessários. Agindo desta forma, de acordo com Quandt (2012), os CIS deveriam criar melhores condições para a compra de serviços, medicamentos e procedimentos especializados, auxiliando os municípios nestes tipos de serviços.

Outra forma de tentar amenizar a deficiência em assistência especializada consiste na contratação de serviços, como os de clínicas particulares, para obtenção de consultas e exames:

*Faz convênio com clínicas particulares (GL5);*

*Na clínica Y paga consulta, exames (GA3);*

*Tem a clínica X que eu pago consultas quando não consegue pelo CIS, ou é urgente e não consegue resolver, lá também faz colono, endoscopia, ultrassonografia endovaginal (GC3).*

Quanto à demanda por *cirurgias eletivas (GL3)*, o município também realiza contrato com hospitais para o andamento da lista de espera:

*A gente contrata pra fazer as cirurgias eletivas (GL7);*

*Nós temos o hospital da cidade X que faz pra gente, vesícula, hérnia, fimose (GC3);*

*Histere, vasectomia, tudo a gente paga (GI2).*



Para alguns casos específicos em que existe uma demora considerável para a realização do procedimento pelo SUS, ou para casos de vazio assistencial ou para os quais não existe resposta pelo sistema de saúde, também realizaram convênio com hospitais de grande porte visando sanar a necessidade por cirurgias específicas: *convênio com um hospital em cidade A que faz cirurgia bariátrica (GL5); o hospital Z faz cirurgias ortopédicas (GL6).*

A realização de contratos e/ou convênios, seja para a contratação de consultas e exames especializados, seja para cirurgias, caracteriza a compra desses procedimentos como forma de suprir a necessidade do município.

Mesmo utilizando-se de estratégias para amenizar a necessidade por consultas especializadas, exames e cirurgias, os municípios não têm outra alternativa a não ser a utilização de recurso do próprio orçamento como forma de comprar os serviços que necessitam:

*Ortopedia é um caos, nem com ação judicial, o consórcio faz um convênio com o hospital B na cidade D, mas quem paga esse convênio é o município, uma cirurgia de ombro é cinco mil, de joelho também você vai pagar cinco mil (GA2);*

*Se o município quer resolver, ele acaba pagando, senão a fila de cirurgia não anda (GC5).*

Dentre as várias estratégias de gestão para o enfrentamento da insuficiente oferta de serviços de MAC, a compra de serviços foi muito citada e utilizada pelos gestores. Verifica-se que a equipe gestora utiliza-se de estratégias que em sua forma ou administração são consideradas abertas, isto é, existe uma descentralização das decisões para seu cumprimento, deixando amplo espaço de liberdade para o uso da criatividade e da informação do momento (MATUS, 2005). Ou seja, se naquela oportunidade ou momento é viável realizar convênio com uma clínica, o município irá aderir a essa estratégia; caso não seja possível, a alternativa será descartada. Neste sentido, existe uma abertura para a equipe gestora tomar esta decisão que vai de acordo com a circunstância requerida no momento.

Ao analisar as vias estratégicas empregáveis, verifica-se que na maioria das vezes a equipe gestora utiliza-se da avaliação e da negociação para encontrar os meios ou vias de se obter um resultado positivo. Neste intuito, a equipe primeiro avalia a situação, analisando as formas de intervir, e depois tenta negociar como

utilizar os serviços contratados para que possa proporcionar determinado tipo de cuidado ao paciente.

Quanto ao seu conteúdo, as estratégias citadas anteriormente enquadram-se na ação de concertação na qual o propósito e a motivação dos atores estão relacionados com a comunidade (MATUS, 2005). Neste sentido, a equipe gestora se esforça na medida do possível para proporcionar o acesso aos serviços de saúde na tentativa de obter uma atenção integral em saúde.

Diante destas estratégias e táticas de jogo, percebe-se que o jogo econômico continua sendo o tipo de poder que se sobressai nas situações apresentadas e detém o domínio dos outros tipos de jogos a ele.

A ação de comprar serviços faz com que o gestor utilize o recurso financeiro que deveria ser destinado para qualificar a AB para uma ação que não é de atribuição do município, como a compra de serviços de MAC.

Uma forma de enfrentar o problema da insuficiência do número de profissionais médicos e/ou dificuldade de fixação desse profissional nos pequenos municípios foi por meio da *terceirização (GL5)* de mão de obra, situação em que o município direciona o pagamento de empresas, como gasto com pessoal, visando a contratação de *serviço médico (GL7)*.

Tal forma de contratação de serviço foi encontrada pelos municípios que estão com a folha de pagamento no limite estipulado pela Lei de Responsabilidade Fiscal e enfrentam o impasse de não poderem realizar concurso público para a contratação de pessoal.

Entretanto, mesmo utilizando-se da terceirização como estratégia de gestão, deparam-se com a necessidade de fazer licitação anualmente para a contratação destas empresas:

*Dificulta o vínculo do médico com a população (GL5);*

*A gente contrata a empresa, e pelo menos os médicos que chegam pra gente, eles não olham pro paciente, não conversam muito (GL2).*

Observa-se que a estratégia de contratar empresas ameniza a necessidade de trabalho do profissional médico. No entanto, o tipo de atendimento realizado por esses profissionais também acaba gerando um intercâmbio de problemas como a

falta de vínculo e responsabilização do profissional para com o usuário, o que repercute no processo de continuidade do cuidado ao usuário pelo sistema de saúde.

Visando sanar a necessidade de atendimento especializado, *porque a gente não tem essa estrutura funcionando (GL7)*, os gestores dos MPP procuraram estratégias para contratar médicos das especialidades mais demandadas, para o atendimento semanal ou quinzenal no município:

*Nós contratamos um ortopedista no município, só que ele atende só clínico, aí você acaba não resolvendo muita coisa. A gente tem problema com a rede de saúde mental, nós contratamos um psiquiatra pra dar atendimento a cada quinze dias. Nós temos problemas de cirurgia, contratamos um gastrocirurgião que atende e faz alguns procedimentos. Nós temos um cárdio no município também, quer dizer, nós estamos gastando muito mais com a média complexidade do que com a atenção básica, porque isso tem muito custo, contratar médico pro município hoje é muito caro (GL8).*

A equipe gestora, ao lidar com a escassez de médicos, demonstrou que se utilizou da terceirização de empresas para a contratação de médicos e da contratação direta de médicos especialistas para suprir a necessidade no município. No entanto, esse tipo de estratégia acaba sendo visto como pontual ou momentâneo, sendo uma das únicas possibilidades que estes atores sociais encontraram para amenizar a situação.

Nesse tipo de estratégia, uma relação de troca ou permuta de problemas encontra-se mascarada. O problema, que anteriormente era a falta do médico, acaba cedendo lugar à baixa eficácia dessa estratégia, tendo em vista a pouca resolutividade desse médico na AB ou o aumento dos gastos para o município, o que também reflete na reprodução do modelo biomédico de atenção à saúde.

Para Matus (2005), todo ato de intervenção eficaz no jogo gera um novo intercâmbio de problemas que acaba alterando o padrão anterior de intercâmbios, a aceitabilidade da situação por ele produzida, e o equilíbrio de compensações. Neste sentido, todo intercâmbio de problemas é conflituoso, pois se refere a valores que são diferenciados de acordo com cada problema, que pode ser intensificado ou mitigado.

O referido autor salienta que as posições dos jogadores se exprimem por meio de suas jogadas que traduzem o modo de intervenção dos atores no jogo. O

propósito que move um ator a produzir uma operação é o de enfrentar os problemas gerados pelo jogo, entretanto as operações mudam ou ampliam os problemas, redistribuindo as oportunidades e as ameaças (MATUS, 2005).

Ao analisar as estratégias de compra de serviços para tentar amenizar o número insuficiente de médicos, observa-se que os jogos sociais que estão imbricados no problema envolvem a atitude de reforçar o modelo de atenção biomédico, além de ressaltar a existência do jogo de valores, pois se verifica que é dado um valor maior às convicções que reforçam a manutenção desse modelo, em comparação às que promoveriam mudança ou alguma forma de romper com esse tipo de poder que ainda é hegemônico.

Ao agir de forma isolada, sozinho, sem apoio, o município acaba vendo que a possibilidade de utilizar o seu próprio orçamento seria a forma mais rápida para comprar os serviços para os quais seus usuários têm dificuldades de acesso.

Tal alternativa foi muito citada pela equipe gestora e sinaliza a forma mais utilizada pelos gestores para o suprimento dos tipos de atendimentos e procedimentos demandados pela população.

*A gente compra tudo, paga tudo, é muito gasto, gente! Tudo envolve dinheiro, o município não aguenta! (GC3);  
Sai tudo do nosso bolso, é tudo do recurso próprio, quem paga a conta é o município (GI2).*

Essa alternativa de enfrentar o problema reflete num aumento dos gastos e comprometimento de um percentual maior do orçamento do município, devido à ausência de apoio dos outros entes federados e da inexistência de uma gestão interfederativa, o que também caracteriza um intercâmbio de problemas.

Diante da utilização do recurso próprio, observa-se que a equipe gestora destina uma parte do orçamento da AB para suprir as necessidades de outras áreas:

*Você acaba gastando o seu recurso de atenção básica pra resolver média e alta complexidades (GJ1);*

*Nós poderíamos estar investindo mais na atenção básica com equipamentos, com recursos humanos, mas o gasto que a gente tem no município é gigantesco, porque a gente tem que tentar atender mais a população do nosso município (GL8).*

Observa-se que os municípios acabam arcando com atribuições e recursos financeiros para suprir as necessidades dos usuários que vão além da AB, na tentativa de proporcionar o acesso aos serviços de saúde. Entretanto, essa atitude também acarreta um investimento menor na AB, o que pode fazer com que esse tipo de atenção seja prejudicado em suas ações, podendo impactar inclusive na resolutividade da AB.

Ao analisar os motivos do município utilizar o recurso próprio como forma de intervir num problema, Mendes (2015) aponta que, apesar de existirem mecanismos de alocação equitativa de recursos das transferências do governo federal para os municípios, pela Lei 141/2012, ainda não se conseguiu definir critérios baseados em necessidades de saúde, além de existir uma participação muito incipiente dos governos estaduais na transferência de recursos para os municípios.

Estudo de Arretche e Marques (2007) revelou que o sistema público de saúde permitiu a transferência da função de oferta de serviços básicos de saúde para os municípios, no entanto, não diminuiu as distorções nos padrões de oferta destes serviços. As transferências federais orientaram mais a promoção da descentralização do que a promoção da redução das desigualdades entre os municípios.

O que se observa nos municípios estudados é que eles se esforçam para ampliar o acesso aos serviços na tentativa de proporcionar a universalidade do sistema, mas se encontram estrangulados em sua capacidade e não conseguem avançar no intuito de promover a integralidade da atenção, pois esta não poderá ser construída solitariamente (MENDES, 2015).

Frente a tal situação, o município ainda não conseguiu demandar ou dar iniciativa a um processo de compartilhamento de competências que envolva a contrapartida de todos, pois somente por meio da responsabilidade de provisão e financiamento do SUS pela gestão interfederativa haveria possibilidade de mudança no panorama atual da saúde.

A equipe gestora tenta enfrentar o problema, na prática, a partir de operações planejadas como a utilização de seu poder econômico, pois possui o domínio do seu orçamento. Na tentativa de suprir suas necessidades, remaneja o orçamento municipal com um dispêndio maior de recursos para a área da saúde, e dentro da área da saúde acaba destinando maior recurso para as demandas de MAC, que não

estão organizadas na região e que oferecem maior dificuldades de resolução, pelo município. Neste sentido, as ações da AB acabam não tendo o investimento que deveriam, ou que possibilitasse uma mudança no panorama dos serviços desse nível de atenção.

### 5.3.2 Adesão a Programas e Pactuações

Outras estratégias utilizadas e apontadas pela equipe gestora foram a adesão a programas oferecidos pelo estado e pela União e as pactuações realizadas na macrorregião.

Para suprir a deficiência de médicos generalistas, foi criado o Programa Mais Médicos (PMM) pelo Governo Federal, cujos objetivos são a diminuição da carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde, o fortalecimento da prestação de serviços de atenção básica e o aprimoramento da formação médica no País (BRASIL, 2013b).

Para os municípios estudados, a adesão a esse programa foi uma forma momentânea de sanar a necessidade de profissional médico. Diante da adesão ao PMM houve relato de que o atendimento médico na AB melhorou devido à abordagem diferenciada dada pelo médico cubano:

*Eles tratam, dão medicamentos, exames, eles pedem pra retornar, ficam mais em cima. Com o cubano é diferente, ele acolhe melhor, ele ouve o paciente, acompanha (GA4);*

*Eles visitam de verdade, eles consultam de verdade, o médico vai à porta receber o paciente, senta junto com o paciente, o nosso médico “normal” ele senta na cadeira e só levanta quando acabar o último paciente (GJ5).*

Verifica-se que a estratégia em aderir a esse programa trouxe ganhos para o município no sentido de melhorar a relação do usuário com os serviços da AB, influenciando no vínculo e na continuidade do cuidado no nível local. O que se espera é que esse panorama atual, revelado pela necessidade de médicos no mercado de trabalho, modifique-se por meio das mudanças propostas pelo programa, com reflexo na formação dos futuros médicos.

Mesmo aderindo à estratégia do PMM para o suprimento de médicos nestes municípios, com conseqüente melhoria no acompanhamento do usuário nos

serviços de AB, a equipe gestora sinalizou que a resolutividade do médico cubano iguala-se à do médico brasileiro, demonstrando um tipo de intercâmbio de problemas:

*Ele acolhe melhor, mas só acolhe também, a resolutividade dele não tem muita diferença não (GL7);*

*A nossa realidade é diferente da deles, porque os nossos recursos são diferentes da realidade deles, então eles têm alguns pensamentos antigos que hoje a gente não aplica mais (GL3).*

A adesão a outros programas também foi apontada pela equipe gestora como estratégia para melhoria dos serviços de saúde. Os programas mencionados foram a Estratégia de Saúde da Família, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), o Programa de Qualificação da Vigilância em Saúde (VIGIASUS), o Programa de Qualificação da Atenção Primária no SUS (APSUS), o Programa de Apoio e Qualificação dos Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS (HOSPSUS) e a adesão às redes de atenção à saúde.

A rede materno-infantil e a de urgência e emergência foram as que obtiveram resultados, com ganhos para alguns municípios frente ao seu desenvolvimento. Em uma regional houve referência que a Rede Mãe Paranaense *está funcionando, não é 100%, mas melhorou (GL8); a obstetrícia é uma rede que a gente vê que está funcionando, pelo menos no nosso caso (GL2)*. Em outras duas regionais verificou-se que a rede de urgência e emergência auxilia o serviço municipal trazendo benefícios: *depois da rede, tem dado conta dos casos de urgência e emergência, pelo menos no meu município (GA4); não temos problemas com o SAMU (GL1)*.

Nos locais em que o fluxo da rede de urgência e emergência está funcionando, o SAMU faz o primeiro atendimento estabilizando a vítima e realiza o transporte. Assim, o acesso ao hospital com garantia de atendimento ficou facilitado pela rede:

*Eles pegam aquele paciente, verificam que tem aquela fratura, levam pro hospital, estabilizam, e de lá já encaminham, porque antes o processo era o seguinte: a nossa ambulância pegava, levava pro hospital, e a gente tinha que esperar a central de leitos, entendeu, em relação a isso melhorou sim (GL8);*

*O SAMU tem sido uma porta de entrada pro hospital (GA8).*

A estruturação e a consolidação das redes de atenção à saúde podem contribuir para a qualificação e a continuidade do cuidado à saúde, além de proporcionar uma atenção integral à saúde. Também oportunizam a otimização dos recursos, racionalização de gastos e melhor aproveitamento da oferta assistencial disponível, sendo um importante fator para a efetivação do SUS (SILVA, 2011).

No entanto, a constituição de redes de forma funcional, integrada, com coordenação entre os diversos níveis de atenção, tem sido um grande desafio para a governança do SUS (GIOVANELLA, 2009), e certamente o é para os MPP.

Outros programas também trouxeram benefícios para o município:

*Nós aderimos ao APSUS, o HOSPSUS também (GC1);*

*Tem o PMAQ que mudou bastante a atenção básica, o dinheiro ajuda, a gente consegue fazer algumas coisas que melhoraram o atendimento, a ambiência (GJ4).*

Esses programas, em especial o APSUS, auxiliaram a equipe gestora a fazer algumas mudanças no processo de trabalho dos serviços, por meio de recursos financeiros que são repassados e utilizados pelo município, principalmente com ações de EPS, que proporcionaram melhoria no atendimento dos serviços de saúde como um todo.

Para alguns municípios, o HOSPSUS possibilitou a contratualização ou a pactuação para alguns hospitais por meio de fluxos de referência, que facilitaram a entrada e o atendimento do usuário na atenção hospitalar.

Mesmo tendo aderido a tais programas como forma de obter um benefício para melhorar o atendimento da população, para alguns municípios de uma regional de saúde a equipe gestora referiu que a União e o estado utilizam o incentivo de recursos financeiros oriundo desses programas como forma de atrair o município para a adesão aos mesmos.

*São iscas, eles colocam estes programas como iscas para a gente querer o programa e cair na ilusão de que tudo vai melhorar. Eles oferecem o programa e um incentivo para a gente, oferecem dinheiro (GI1);*

*Na realidade esse incentivo não paga nem metade do custo do programa, aí eles querem que o município caia na deles, mas o município acaba tendo que arcar com o restante das despesas, porque na verdade o dinheiro que é repassado não cobre as despesas dos programas (GI8).*



Diante disso, os municípios deparam-se novamente com a situação de que a adesão a um programa auxilia no enfrentamento de um problema. Entretanto, é criado outro problema que está relacionado ao gasto para manutenção dessa estratégia.

A equipe gestora também referiu que se organiza para realizar pactuações na macrorregião e busca por TFD. O município encaminha o usuário para localidades mais distantes, como a capital do estado: *aquilo que a gente não consegue resolver aqui na macro, a gente manda via TFD, que é pelo SUS (GC3).*

As pactuações e o TFD são vistos como uma forma de enfrentar as necessidades dos municípios e organizar a provisão de assistência, na tentativa de dar resposta e continuidade ao cuidado do usuário no sistema de saúde. Essas estratégias são muito utilizadas pelos municípios, no entanto o município depara-se com despesas para o encaminhamento de seus pacientes para essas localidades: *mas a gente tem gastos com isso, nós temos que colocar o paciente no carro naquela data e levar (GI2).* Neste sentido, o município se sobrecarrega com despesas referentes ao transporte e diárias de usuários e acompanhantes.

Mesmo sendo uma possibilidade de enfrentamento dos problemas relacionados ao acesso aos serviços de maior complexidade, oriundos do número insuficiente de serviços de MAC da região, a equipe gestora também apontou a pouca resolutividade destas possibilidades:

*Os municípios de pequeno porte possuem a atribuição de prestar assistência na atenção primária, a média e alta complexidades não competem a nós, só que o custo que nós temos com tudo isso é gigantesco, por isso que a gente não consegue caminhar muito, porque a gente tem as pactuações, o consórcio, a Macro, tem TFD, mas na verdade isso não funciona, então a gente acaba gastando muito e não tendo resolutividade (GL8).*

Nesta situação, a equipe gestora depara-se com a possibilidade de criar outra situação-problema. Ao utilizar-se do TFD, o gestor permuta o problema da insuficiente oferta de serviços de MAC da região por um problema considerado de menor proporção, que seria a despesa relacionada ao transporte e hospedagem do paciente e de sua família.

Esse mesmo achado foi relatado no estudo de Viegas e Penna (2013) em que, para algumas especialidades e alguns exames, os usuários e os gestores

enfrentam dificuldade não só no acesso e na oferta de vagas, mas também na distância percorrida pelos usuários que são transportados para outros municípios em busca do atendimento, e também pelos próprios municípios, que acabam tendo que arcar com as despesas de transporte, apoio e hospedagem dos pacientes, quando necessárias.

### 5.3.3 Acordos Informais

Algumas estratégias de gestão foram consideradas informais, por realizarem fluxos não convencionais ou não serem práticas comuns e não condizerem com os princípios do SUS. Esses acordos informais foram apontados pela maioria das equipes gestoras como uma forma de amenizar a situação do município, quando o gestor não consegue uma alternativa viável.

Um exemplo de acordo informal é visto quando o acesso aos serviços de maior complexidade ocorre por meio do auxílio de um profissional que foi contratado pelo município pelo fato de trabalhar em outro estabelecimento de referência.

*Nós temos o Dr. A que é ginecologista e a Dra. E. que é gastro e trabalha no Hospital Y, então a gente encaminha no horário que eles estão dando plantão no hospital e eles dão um jeito, internam pra gente (GA3);*

*Você tem contato direto com um médico que você conhece, que trabalha no município e trabalha lá também, aí você liga direto pra ele e ele aceita. Você põe o paciente na central, mas a gente consegue muito mais direto do que pela central (GJ4).*

O município passa a ter vínculo com a pessoa que é servidora do próprio município e também trabalha no serviço de referência e isso permite um fluxo facilitado.

*Ele ajuda a gente a internar, resolver o caso, e a gente proporciona uma forma de trabalho no município que facilite o lado dele também, é uma troca (GA4).*

Percebe-se que essa estratégia se refere à negociação entre o gestor municipal e a pessoa que trabalha no serviço de referência. E, ao ajudar o município dentro daquela instituição de saúde, ela teria algum benefício, ou ganho no serviço local.

Mesmo sendo uma ação de concertação com propósito e motivação relacionados à comunidade, quanto ao conteúdo a ação estratégica também demonstra um propósito ou motivação particular do ator social que a realiza. A equipe gestora também possui seus interesses no jogo pessoal de efetivar operações que auxiliem o seu trabalho na gestão e que sejam efetivas, no sentido de conseguirem trazer um retorno ao serviço, e conseqüentemente essa pessoa da equipe gestora acaba se tornando um ator ativo, que enfrenta e resolve os problemas do município.

Dentre as estratégias utilizadas para conseguirem um atendimento de alta complexidade, citaram:

*Por exemplo, eu tenho um paciente no meu hospital e eu tenho alguém conhecido no Hospital Universitário Z. Pra tentar encaixar ele lá dentro, é um jeitinho brasileiro, e ele corta totalmente todo o caminho (GL8);*

*Dentro de todos os setores, de todos os lugares a gente tem os colegas que a gente conversa todo dia. Vamos supor: a funcionária do hospital X [nome da pessoa] que eu nunca vi na minha vida, mas eu estou com ela lá no telefone da minha cidade e ela está na capital, e a gente se tornou amiga de tanto conversar. A gente liga e fala, olha minha colega, isso é assim e assim, dá pra você fazer esse favor aí dentro, a gente dá um jeitinho brasileiro (GC1).*

A utilização de pessoas conhecidas que trabalham nos serviços especializados, ou pessoas que acabam desenvolvendo algum vínculo pela comunicação frequente, é um tipo de caminho que a equipe gestora utiliza para atender sua necessidade imediata. Nesse tipo de estratégia é utilizado o meio de persuasão, com o convencimento e auxílio de outras pessoas que acreditam na situação demonstrada pelo município.

O jogo da comunicação faz-se fortemente presente nessas estratégias, além do jogo pessoal, pois existe uma distribuição de recompensas pessoais que satisfazem o mundo interior do homem em seu poder pessoal (MATUS, 2005). De um lado existe a equipe gestora que busca obter a ajuda, e ao melhorar a assistência à saúde estará trazendo um equilíbrio interior de conseguir fazer a sua função e sua parte na gestão; e do outro lado, o profissional que está em outra instituição também se satisfaz ao ajudar o município e o paciente.

Para facilitar o andamento da fila por cirurgias eletivas ou conseguir internação para casos muito específicos e de difícil acesso ao serviço

subespecializado, a equipe gestora também relatou que existe a possibilidade de contar com apoio político:

*Através de deputados estaduais que arrumam essas cirurgias eletivas (GC5);*

*Às vezes você liga direto pro prefeito de outro município (GJ8);  
É o jeitinho, troca de favores mesmo, depois ele se candidata e a gente ajuda a reeleger ele (GC1).*

O apoio político também revela uma via de estratégia que se utiliza da negociação, pois de um lado existe o benefício do município que acaba tendo o seu problema amenizado; por outro lado, é necessário o apoio político em campanha eleitoral. Nessa situação, o jogo político possui um poder maior diante da estratégia adotada e ele também se concretiza por meio do jogo econômico, que auxilia na compra de procedimentos necessários à assistência à saúde dos munícipes.

No entanto, a utilização de algumas estratégias de gestão, como o contato com um profissional conhecido ou a intervenção por meio de apoio político, acaba não sendo bem vista pela própria equipe:

*Como ele corta o caminho, de repente a gente está tirando a vaga de quem realmente precisa estar aqui dentro do Hospital Universitário Z (GL8);*

*Aí o deputado consegue uma cirurgia para aquela pessoa, mas existe uma fila de pessoas precisando, e talvez quem está na fila está precisando mais. É uma questão ética muito complicada, porque eu ajudo uma pessoa de um lado, mas posso comprometer a vida de outra. Eu fico muito mal quando isso acontece, porque eu acho que pelo SUS isso não poderia acontecer, deveria ter acesso pra todo o mundo e critérios de risco para classificar (GC2).*

Mesmo não concordando com a forma de conseguir o atendimento, as equipes gestoras acabam tendo que fomentar esse tipo de prática, pois em algumas situações é a única forma que visualizam para conseguir amenizar os problemas que encontram:

*Vocês acham que alguém aqui espera alguma coisa de alguém? Não! Por isso que nós lutamos de todos os jeitos. O médico da central não te ajuda, mas o digitador te ajuda, então você se apega àquilo que você consegue, não tem outro jeito (GJ1);*

*Você corta o caminho mesmo, você conversa com o digitador e ele pergunta: você está na frente do computador? Eu estou. Então eu vou colocar a vaga agora na tela, aí você pega a vaga, é tudo com jeitinho, não é certo, mas ou você faz isso ou você não consegue (GJ9);*

O apoio político e a ajuda de outras pessoas são exemplos da utilização de vias informais, ou seja, são realizados fluxos não convencionais, não determinados pelo SUS. Neste sentido, a equipe gestora acaba desenvolvendo uma prática política composta por vários tipos de jogadas e algumas são decisivas e essenciais para modificar o marcador do jogo. Entretanto, outras são secundárias e utilizadas para facilitar a produção de jogadas decisivas, que amenizam os problemas demandados pela gestão (MATUS, 2005).

A grande política complementa-se com a micropolítica e em parte desta podem ocorrer *diabruras* políticas. Quando a grande política pública de saúde está ausente, ou seja, quando os meios e fluxos determinados pelo SUS não conseguem dar conta de resolver os problemas da gestão nos MPP, a equipe gestora acaba invertendo o valor da jogada, e assim podem ocorrer desvios, em busca de obter a assistência necessária ao usuário. Neste sentido, ocorrem diabruras que passam a ser desenvolvidas cotidianamente, com truques e artifícios para se atingir o objetivo de proporcionar a assistência adequada ao usuário (MATUS, 2005).

Algumas artimanhas são imorais, proporcionam vantagens indevidas ou implicam delitos que seu ator precisa ocultar a fim de que sejam efetivas (MATUS, 2005). O apoio político e o de outras pessoas que trabalham nos serviços de referência são estratégias que proporcionam vantagens indevidas e que a equipe gestora acaba não explicitando ou revelando sua origem.

No jogo social, por se tratar de um jogo muito livre, cabe todo tipo de diabrura, tanto boa quanto má, honesta ou desonesta. Quanto mais complexo e livre for o jogo, maior será a possibilidade de usar artimanhas, e maior a probabilidade de que sejam do tipo mau (MATUS, 2005).

Também existem casos em que a artimanha não é feita em benefício próprio, e sim em benefício de outros, ou constitui em ato de legítima defesa. Se as artimanhas fazem parte da política cotidiana, elas acabam sendo exercidas porque cumprem uma função efetiva (MATUS, 2005). Neste sentido, a equipe gestora realiza tais artimanhas, pois não são para o benefício próprio, e sim do usuário do

SUS, e alegam se utilizarem destes meios por não contarem com alternativa para amenizar os problemas do município, ou não enxergarem, ou não terem poder acumulado para adotar outras estratégias.

Esses artifícios ocorrem de forma efetiva, ou seja, por meio dessas estratégias é obtido o objetivo de proporcionar acesso e assistência que o usuário necessita.

Para os casos em que existe um vazio assistencial pelo SUS para cirurgias específicas em subespecialidades, alguns gestores referiram utilizar serviços que não estão vinculados ao seu território ou que fogem de sua governabilidade:

*Se precisar de cirurgia a gente burla um pouco o sistema, acaba tentando colher o sangue em outra cidade, às vezes a gente consegue uma vaga pra fazer cirurgia lá, a gente pega o endereço de outra pessoa, e por ser bem próximo da cidade X, a gente às vezes consegue fazer umas barganhas com a cidade vizinha. Não tem outro jeito, na minha casa já moraram umas trinta pessoas, porque todo o mundo coloca o meu endereço (GL5).*

Observa-se que a troca de favores entre os gestores e a utilização de endereços de outra cidade acabam revelando um tipo de estratégia que se utiliza do meio de persuasão, na qual a equipe gestora do município que necessita de auxílio consegue convencer ou fazer com que o gestor do outro município acredite na sua necessidade, e o auxilie nesta situação. Primeiramente é utilizado o poder de persuasão e depois é feita a negociação para que o município que auxiliou também tenha algum ganho em troca.

Nessas situações, o jogo político encontra-se em destaque, em conjunto com o jogo da comunicação, pois o ator social também se utiliza de uma linguagem capaz de controlar as interações humanas a favor de sua estratégia.

Dentro dos acordos informais como estratégia de gestão, a equipe gestora relatou conseguir alguns procedimentos por meio de propina ou suborno:

Tem que pagar um cafezinho, senão, não consegue! (GA4);

Você tem que mandar um mimo, o mimo ajuda (GC5);

Porco, vinho, peixe, carneiro. Carneiro abre as portas, Deus o livre! (GJ2).

Ao analisar as várias falas citadas anteriormente, percebe-se que na maioria dos acordos informais são desenvolvidos estratégias no jogo social da gestão em saúde. São jogadas que assumem um certo tipo de disfarce (MATUS, 2005).

O estratégia apoiado na propina, no suborno ou outras formas de se tentar amenizar os problemas da gestão revela-se ativo, aberto, e se utiliza da sedução para realizar uma jogada de persuasão, a fim de que o outro assuma a posição que interessa para a equipe gestora. Não se trata de sedução sincera que leva em conta o interesse do outro, mas possui o recurso da tentação, ou seja, a outra pessoa é tentada a realizar determinada atitude por levar em consideração um benefício que ela terá, benefício que pode ser econômico, pessoal ou político (MATUS, 2005).

Nesses acordos informais que realizam o estratégia de sedução, pode ocorrer o que Matus (2005) denomina de dourar a pílula, fazer a corte ou corrupção.

O dourar a pílula é uma jogada que proporciona um revestimento doce a um conteúdo amargo. Por um lado, pode-se observar que ao se conseguir uma cirurgia por meio de um deputado, a equipe gestora estará se beneficiando do procedimento viabilizado à custa de uma estratégia antiética, que não respeita critérios de risco e fluxos estabelecidos pelo sistema de saúde. Ou seja, o usuário se beneficia e passa à frente de outro que também precisa e está em condições piores. Nessa situação, a fila de cirurgias do SUS continua estagnada, o que gera um descrédito ao próprio sistema de saúde.

O fazer a corte é uma jogada que consiste em persuadir o outro por meio da atração pessoal, do carisma, do encanto, em que os atores sociais se utilizam de palavras corteses e de um meio dissimulado e frio de utilizar as pessoas em benefício próprio. Quando a equipe gestora tem contato com pessoas que trabalham nos serviços de referência ou de pessoas conhecidas que de certa forma ajudam a conseguir algum procedimento, o estratégia utilizado pela equipe gestora pode ser o de fazer a corte, e a equipe se utiliza do jogo da comunicação para obter vantagem.

Outro estratégia utilizado é o da corrupção, que consiste no uso do suborno, da compra e das vantagens indevidas para produzir a sedução (MATUS, 2005). Quando a equipe gestora se refere ao “jeitinho brasileiro”, ela está se referindo a este tipo de estratégia, no qual é oferecido um benefício financeiro, um suborno ou compra de vantagens para se obter a ajuda que o município necessita.

Diante dessas situações, a equipe gestora acaba sendo dominada pela impaciência da ação, e isso pode ofuscar sua visão. A explicação da realidade não é o principal propósito do ator social, é apenas um recurso para fundamentar sua ação (MATUS, 2005). A equipe gestora realiza essas estratégias pois, em algumas situações, ela precisa agir sob a pressão do tempo e das circunstâncias, acaba não trabalhando de acordo com os princípios do SUS, e realiza um jogo cercado de interesses.

Diante do cenário que foi apresentado pelas estratégias de gestão e ao fazer sua análise, observa-se que a forma de tentar amenizar os problemas inerentes à oferta insuficiente de serviços de MAC e do processo de descentralização sem respeitar a estrutura e os limites dos municípios foram jogadas estratégicas que repercutiram em uma ação que auxiliou no enfrentamento do número insuficiente de ações e serviços de MAC e a reprodução do modelo biomédico de atenção à saúde, o que fortalece ainda mais a hegemonia deste modelo.

Observa-se que as estratégias de gestão, de forma geral, estão imbricadas e sobrepostas, pois, na maioria das vezes, visam o enfrentamento de vários problemas. E, ao enfrentar uma situação, o ator social realiza uma ação que potencializa outra estratégia e repercute e traz benefícios para a resolução de outro tipo de problema, mas também pode criar outros problemas, como o déficit no orçamento, por exemplo.

Entretanto, essas estratégias são solitárias e pontuais, e levam em consideração o momento vivenciado, porém não conseguem caminhar para além, revelando certa limitação em desenvolver formas consistentes, concretas e permanentes de solução para a maioria dos problemas demandados pelos municípios.

Neste intuito, Matus (2005) aponta que o jogo social combina ações diretas e transparentes com ações disfarçadas e distingue dois tipos de jogadas que caracterizam o jogo duplo, que são as operações OP e as operações OK. As primeiras buscam atingir uma eficácia por meio de metas, e a segunda busca a aceitabilidade. O ideal é a combinação das duas, ou seja, tanto da eficácia quanto da aceitabilidade, no entanto, no jogo político nem sempre é possível fazer as duas ao mesmo tempo, assim é comum o sacrifício de algo em ambas.



Estas operações podem e devem complementar-se para criar viabilidade e aceitabilidade, além de garantir a eficácia das jogadas. As operações OP são jogadas excepcionais, e não acontecem todos os dias. As operações OK são as jogadas realizadas diariamente e abrem o caminho às primeiras. É preciso que ocorram várias jogadas OK na esfera da micropolítica para que ocorra uma jogada excepcional de tipo OP, na esfera da macropolítica (MATUS, 2005).

Neste raciocínio, pode-se associar que o esforço da equipe gestora em desenvolver estratégias que auxiliem no enfrentamento dos problemas da gestão está mais próximo das operações OK, pois são operações realizadas no cotidiano e que proporcionam viabilidade para a ação. No entanto, ao analisar estas operações OK, percebe-se que seu acúmulo ou proporção não são suficientes para gerar operações OP, que seriam as jogadas excepcionais que mudariam a dinâmica destes problemas.

#### 5.4 LIMITES DA GESTÃO DO SUS EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE

O presente capítulo tem o propósito de abordar e discutir os limites e os desafios do processo de gestão do SUS em MPP, revelados pelo jogo social da gestão nas localidades estudadas.

Mesmo que os MPP tenham utilizado vários tipos de estratégias para o enfrentamento dos problemas inerentes à gestão, tais estratégias apenas minimizaram os problemas e não foram potentes para a completa resolução dos mesmos devido à sua complexidade.

Para Matus (2005), os problemas aumentam de forma acelerada em relação à capacidade pessoal ou institucional de governá-los, por isso se tornam um desafio para a ação.

Os problemas elencados pela equipe gestora continuam sendo problemas, constituindo-se em desafios para a gestão do SUS nestas localidades.

A quebra do poder instituído pelo modelo biomédico constitui um dos maiores desafios do SUS, pois esse modelo continua sendo hegemônico em todos os serviços e níveis de atenção à saúde, e domina as políticas que regem o sistema de saúde brasileiro.

Além do desafio de mudança do modelo de atenção, outros desafios emergiram da análise do *corpus* da presente pesquisa, como:

- ✓ A constituição das redes de atenção – regionalizadas e com financiamento, que garanta o acesso e continuidade do cuidado aos cidadãos;
- ✓ A formação de profissionais generalistas, capacitados para atuar na AB.

Esses desafios não são exclusivos dos MPP, estão presentes em todos os espaços de gestão do SUS, porém se tornam mais exacerbados nos municípios menores, devido a alguns limites que os mesmos apresentam, podendo ser destacados:

- ✓ A invisibilidade dos municípios menores frente à organização do sistema de saúde;
- ✓ A falta de empoderamento dos gestores de MPP leva a uma participação não efetiva no CIS e nas instâncias de gestão;
- ✓ A incipiente gestão interfederativa.

Alguns destes limites estão relacionados a questões internas dos MPP, intrínsecas à capacidade de gestão do ente municipal, mas também se relacionam a outras situações que se encontram fora do alcance do poder desse ente federado e a sua superação não depende somente do município.

Neste sentido, existe a necessidade da participação das outras instâncias de gestão, dos outros entes federados e de setores fora da área da saúde, para que se vislumbre alguma mudança no panorama atual do SUS.

#### 5.4.1 A Invisibilidade dos Municípios Menores Frente à Organização do Sistema de Saúde

Com o processo de descentralização houve transferência de responsabilidade muito grande para os pequenos municípios, que, embora sejam a maioria dos municípios brasileiros, possuem um contingente pequeno de serviços e de

população. No entanto, seus problemas são tão complexos quanto aqueles de municípios maiores.

Verifica-se certa invisibilidade dos municípios menores frente à organização do sistema de saúde como um todo, pois a maioria das políticas públicas é formulada levando em consideração as necessidades dos municípios maiores, e não existe uma cultura de escuta das necessidades dos pequenos municípios.

A invisibilidade dos MPP pode ser discutida na perspectiva de seu baixo poder político e econômico.

Quanto ao baixo poder político, apesar de serem em maior número, os municípios menores, pelo baixo contingente populacional, acabam tendo uma pequena quantidade de votos e elegem um número menor de representantes políticos ou ficam dependentes dos municípios maiores para elegerem seus representantes no cenário nacional. Esse número menor de representantes políticos justifica a sua pequena força política.

Na perspectiva do poder econômico, apesar dos MPP serem reconhecidos em sua autonomia, possuem pequena produção de bens e serviços, não demonstrando uma atividade econômica consistente que possibilite a autossuficiência fiscal e tributária, com isso possuem uma baixa capacidade de arrecadação própria.

Como a arrecadação de impostos é pequena e também encaram uma baixa capacidade técnica na gestão, acabam ficando mais dependentes de transferências constitucionais intergovernamentais para cobrir suas despesas e sobreviverem.

Todos esses fatores contribuem para que os municípios pequenos tenham pouca visibilidade no cenário nacional.

#### 5.4.2 A Falta de Empoderamento dos Gestores de Município de Pequeno Porte Leva a uma Participação Não Efetiva no Consórcio Intermunicipal de Saúde e nas Instâncias de Gestão

A invisibilidade dos MPP é também reforçada pela falta de poder que a equipe gestora possui em relação aos outros entes federados, a outros municípios maiores, ao CIS e a outras instâncias de gestão.

A equipe gestora possui um poder ínfimo em relação ao CIS, e não consegue intervir nessa situação, acaba não tendo clareza dos problemas que envolvem a oferta de serviços pelo consórcio, e não possui força suficiente para ocupar os espaços decisórios e pautar suas necessidades.

O afastamento desse processo demonstra a limitação dos gestores enquanto atores sociais, que deveriam valorizar os espaços de cogestão para assim se empoderarem e se fortalecerem para o enfrentamento coletivo das dificuldades regionais, haja vista o CIS ser uma instituição coletiva e de caráter intermunicipal. Entretanto, o distanciamento desses atores sinaliza as limitações dos mesmos frente à complexidade da produção social e mais um desafio a ser enfrentado para o desenvolvimento do SUS.

É preciso que os gestores reconheçam o consórcio como uma instituição de responsabilidade dos municípios, que haja vontade por parte dos gestores/políticos, e competência técnico-administrativa para rever tal situação, visando adequar a atenção prestada por esta instituição (tanto em termos quantitativos quanto qualitativos), e que os consórcios representem uma prática incluída no âmbito do SUS, partindo de uma cooperação acordada de interesses entre os gestores.

No jogo social que envolve o CIS, observa-se de forma geral que o poder exercido pelo jogo econômico dita as regras sobre o jogo político presente na organização dos consórcios.

O poder econômico, exercido pelo corporativismo do setor privado, sinaliza a falta de participação estatal na atenção de MAC como consequência de uma política pública que abre brechas para que isso aconteça (QUANDT, 2012). O consórcio acaba exercendo o papel enquanto ferramenta para tentar abrandar uma situação legitimada pelo Estado, que permite a inserção da lógica de mercado no sistema público (SILVEIRA, 1988).

Neste sentido, o jogo econômico, presente na forma como a atenção de MAC é executada no SUS, domina o jogo político exercido pelo estado e pelo município, pois as políticas públicas que regem essa área foram tomadas pela lógica capitalista e exigem dos entes federados uma força maior para seu enfrentamento. Com isso, a cada dia se observa uma retração por parte do estado no oferecimento de serviços de MAC, revelando seu propósito de redução na participação e provimento de

serviços. Tal panorama revela que o sistema de saúde encontra-se refém do jogo econômico, dominado pelo modelo capitalista.

A falta de empoderamento desses gestores também é revelada pela participação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e na CIR:

*Os gestores participam da CIB Regional, eles falam. Na CIB, que é estadual, pouquíssima gente vai, a maioria tem dificuldades de sair do município para ir à reunião (GL8);*

*É, porque eu tenho um problema lá, a gestora x [nome] tem outro problema, cada um tem, eu quero resolver o meu, a gestora x [nome] quer resolver o dela, e então não aprenderam ainda a se juntarem para fazer força, nós ainda não estamos articulados, preparados, cada um fala o seu probleminha e, às vezes, o contexto se dilui. Mas as realidades dos municípios pequenos são muito próximas, mas nós não temos esse hábito de nos unirmos pra ter mais força na CIR (GL1).*

Verifica-se que existe a participação do gestor nessas instâncias de gestão para a discussão dos problemas dos municípios. No entanto, a participação não ocorre de maneira efetiva e resolutiva. Os gestores não se organizam para somar forças entre os MPP e buscar enfrentar suas dificuldades.

Isto sinaliza que as discussões que existem na CIB e na CIR são focadas em necessidades pontuais que cada município apresenta. Não existe uma articulação entre a maioria dos municípios pequenos para demonstrarem seus problemas como um todo, e isso dificulta a visualização das necessidades que são comuns a este tipo de realidade. Dessa forma, as forças, que deveriam se unir, acabam se diluindo em um contexto não significativo, e o foco central para solucionar a maioria das demandas dessas localidades acaba sendo perdido.

A solução dos problemas enfrentada de forma individualizada nos colegiados de gestão acaba enfraquecendo o processo de regionalização e as próprias secretarias municipais de saúde (DELZIOVO, 2012).

Os gestores dos MPP esbarram no limite de não conseguirem ganhar força nessas instâncias de gestão, nem fazerem com que elas se tornem um espaço de discussão para possíveis encaminhamentos aos seus problemas. O que se observa é que as comissões intergestores não conseguem encaminhar os processos de decisão de forma compartilhada, ou seja, as decisões não consideram o coletivo, e isso impossibilita o enfrentamento de muitos problemas da gestão.

De acordo com estudo de Nicoletto (2015), que buscou compreender as CIR da macrorregião norte do Paraná, no âmbito da gestão interfederativa, alguns gestores municipais de saúde alegaram participarem pouco das plenárias das CIR devido à falta de resolução dos problemas no âmbito do colegiado.

A mesma autora aponta que os espaços de cogestão possuem um funcionamento incipiente e deveriam ser lócus de discussão de propostas e deliberação para acordos regionais, entretanto, não estão produzindo uma dinâmica que favoreça o enfrentamento coletivo das dificuldades regionais e/ou os atores sociais não estão conseguindo agir diante da complexidade da produção social em regiões de saúde (NICOLETTO, 2015).

Ao participarem da CIR relataram:

*Você vai a uma CIR, lá você não tem voz, você senta ali e quem manda é o município X, é o município Y, é o município grande, o cara não quer saber disso, aí você não tem voz e não vai (GJ1).*

Observa-se que as decisões dos municípios maiores se sobressaem e possuem maior peso em relação às dos municípios menores. Isto pode apontar a diferença de poder referente ao jogo econômico e político que existe entre os diferentes municípios da regional, haja vista o município maior ser detentor de uma capacidade instalada ou de um aparato maior de estabelecimentos de saúde que prestam assistência aos municípios menores, bem como possuir um aporte financeiro maior para investir em ações e serviços que possibilitam melhorias no acesso para a região.

Esse mesmo raciocínio pode ser analisado no jogo social que existe entre os municípios maiores e os MPP. Os municípios maiores apresentam vantagens e ganham forças na disputa pelo poder decisório existente nas Comissões Intergestores. Com isso, os municípios menores ficam dependentes dos acordos realizados nessas instâncias, em que acaba preponderando o poder político exercido pelos municípios maiores.

Verifica-se a existência de dois tipos de conflitos entre os municípios maiores e menores: um conflito consiste na luta pelo poder dentro de cada jogo, no qual o município maior exerce um poder maior em relação ao jogo político e econômico, pois detém um aporte maior de serviços e recursos financeiros para atender as

necessidades da região; outro conflito se relaciona com a luta para impor o jogo dominante, exercido pelo poder do município maior que determina as regras e a forma de organização da assistência à saúde na região.

Na maioria das vezes, o interesse dos municípios de médio e grande porte acaba exercendo maior mobilização política nas Comissões Intergestores, sobrepondo-se aos desejos dos municípios menores, mesmo que os municípios pequenos sejam a maioria (VASCONCELOS, 2005).

Os municípios maiores sentem-se sobrecarregados em relação ao atendimento dos usuários de outros municípios, pois avaliam que o recurso provido pelo SUS não cobre essas despesas (CECÍLIO et al., 2007). Também analisam que não precisam dos municípios pequenos, devido ao fato de possuírem maior poder político e capacidade instalada de serviços de saúde (PINTO; TANAKA; SPEDO, 2009; DOURADO; ELIAS, 2011).

Os gestores deveriam valorizar o espaço de cogestão em vez de se afastarem, principalmente os gestores dos municípios polos, para que, a partir da colaboração, houvesse o fortalecimento dessas instâncias de gestão (NICOLETTO, 2015).

Para essa autora, a distribuição do poder entre os participantes oficiais das CIR é assimétrica e provavelmente isso não mudará. Entretanto, é preciso que ocorra mudança no panorama dessa realidade em que os desejos de alguns atores prevalecem sobre os dos demais, sem respeito aos pactos coletivos e com desvios em relação à legalidade do SUS (NICOLETTO, 2015).

O poder reside na desigualdade das regras de jogo e acaba conferindo vantagens a uns e desvantagens a outros. Tal desigualdade encontra-se atrelada ao desenvolvimento do jogo social que possui como propósito o fato de ganhar ou perder graus de igualdade e a abolição desta desigualdade significa abolir o poder (MATUS, 2005).

Outra situação que revela a falta de empoderamento do gestor municipal é oriunda da política partidária:

*O problema dos municípios pequenos é a política, limita muito, fica tudo engessadinho, porque você vai com aquela proposta pra você montar com a sua equipe, acaba discutindo no conselho, aí vai conversar com o prefeito e o prefeito não libera (GA8);*

*O gestor de saúde não é ele que toma conta de tudo, quem manda em tudo é o prefeito (GA4);*

*São muitas pessoas políticas em cargos técnicos, tem muito isso, gente do céu! Não tem noção do que é uma saúde pública, ele tá ali porque alguém colocou ele, e atrapalha o trabalho (GI1).*

Existe uma forte influência do poder executivo no planejamento, na execução, no financiamento da saúde e também na contratação dos trabalhadores da saúde. Essa situação faz com que exista certa limitação da equipe gestora em construir um projeto de trabalho, frente ao poder técnico que ela possui em relação ao poder político do prefeito. Em alguns casos, o secretário municipal de saúde acaba não tendo autonomia e fica subordinado ao poder decisório do executivo, demonstrando a força que este ator possui ao exercer seu poder político frente ao secretário de saúde e/ou aos membros da equipe gestora. Isso descaracteriza o papel que a equipe gestora teria na condução das ações de saúde no município.

A relação de confiança do gestor para com a autoridade do poder executivo pode gerar um grau de limitação da autonomia e do poder de decisão do gestor. Nesse jogo social, o jogador com maior poder político acumulado, no caso o prefeito, tem maior possibilidade de produzir jogadas em relação à equipe gestora que possui menor poder político (MIRANDA, 2003).

O prefeito detém um poder maior e seu interesse acaba exercendo influências nos serviços de saúde. O secretário de saúde tem um poder menor, e em algumas situações acaba por prevalecer outra determinação que não a sua, devido a tal desequilíbrio de poderes (NUNES et al.,2016). Neste sentido, parece existir a falta de compartilhamento das decisões, prevalecendo a centralidade do poder político exercido pelo prefeito. Para Campos (2006, p.26), o poder político acaba predominando nas relações em saúde e esse autor considera “ingênua qualquer postura que não traga para o centro do palco a conquista e manutenção do poder”.

O enfrentamento da política partidária constitui um desafio do SUS, pois os políticos, em sua maioria, preocupam-se mais com os interesses pessoais do que em relação às reais necessidades da população, e acabam não atuando em favor do sistema público de saúde, ou nada têm feito para mudar esse panorama do SUS (VIANA; MACHADO, 2008).



Ao analisar a presente situação percebeu-se que, embora o SUS tenha sido construído enquanto um projeto apartidário, na prática fica vulnerável ao jogo social e político. As forças políticas acabam influenciando a dinâmica de funcionamento do SUS e produzindo situações-limites que dificultam o enfrentamento de problemas inerentes à gestão interna do município e ao avanço do sistema de saúde como um todo, enquanto política pública, apartidária e universal.

As situações descritas apontam que os gestores possuem certa limitação enquanto atores sociais frente aos outros entes federados e aos municípios maiores e não possuem poder de voz e de decisão nas instâncias de gestão, demonstrado na forma como participam do CIS e de outras instâncias de gestão (CIB/CIR). Eles não visualizam a necessidade de valorizarem os espaços de cogestão para assim se empoderarem, serem ouvidos e exercerem seu papel na gestão do SUS.

#### 5.4.3 A Incipiente Gestão Interfederativa

O processo de regionalização tem sido um fator imprescindível para o avanço do SUS nas localidades estudadas. A regionalização está sendo discutida desde a NOAS, seguida do Pacto pela Saúde, da Portaria 4.279 das RAS e do Decreto 7.508 (BRASIL, 1993; 2006a; 2010; 2011). O último documento, que foi o Decreto 7508/2011, aborda a regionalização no sentido da regulação para organização do SUS, do planejamento da saúde, da assistência à saúde e da articulação interfederativa, contratualizada entre os entes federados (municípios de uma região e secretaria de saúde do estado e MS), por meio de um instrumento legal denominado COAP (BRASIL, 2011).

No entanto, de acordo com Ribeiro (2015), ainda que as estratégias políticas de regionalização tenham colocado em sua agenda as vertentes da gestão federativa, território, região, redes e governança, sua operacionalização precisa avançar.

A regionalização busca atender a ampliação do acesso a cuidados adequados em todos os níveis de atenção, a integração entre os pontos de atenção de distintas densidades tecnológicas para a conformação das RAS, a racionalização e otimização dos recursos financeiros para a garantia de ações. As respostas equânimes do sistema como um todo e a gestão compartilhada entre os entes

federados são passos necessários para um real avanço da regionalização da saúde e da constituição de redes, tanto na região estudada quanto na maioria das regiões do país (RIBEIRO, 2012).

Ainda de acordo com esta autora, é preciso que a regionalização da saúde produza respostas aos problemas sociais, a partir de uma lógica territorial que possa contribuir para o melhor direcionamento político das proposições e práticas em curso na gestão do SUS. Para isso, os estados também precisam constituir seu papel de articulação regional, apoiando solidariamente os municípios de cada território (MENDES; LOUVISON, 2015).

O processo de regionalização e de constituição das RAS é resultado da negociação política entre os dirigentes de saúde das três esferas governamentais. A organização e a estruturação de todos os níveis de complexidade também fazem parte das competências de todos os entes federados (KEHRIG; SOUZA; SCATENA, 2015).

No entanto, a falta de aplicabilidade, de corresponsabilização e de investimentos, principalmente do ente estadual, sobre o processo de regionalização demonstra um moroso processo de ampliação da oferta e de acesso à atenção especializada e conseqüentemente para a construção das RAS, o que tem se constituído em grande desafio para o desenvolvimento da gestão interfederativa (PINAFO et al., 2016).

Após a publicação do Decreto 7.508 e criação do COAP as discussões ficaram estagnadas, não houve avanços. Entretanto, esta estagnação, em maior proporção, está relacionada ao fato do ente estadual não ter se mobilizado suficientemente para que este processo acontecesse. No entanto, é preciso considerar que é necessário o envolvimento de todos os entes federados, vontade política e investimento econômico para o andamento da regionalização e da constituição das RAS.

As decisões ainda incipientes no processo de regionalização demonstram enfraquecimento ou até mesmo impotência do poder local para a resolução de problemas de saúde enfrentados pelos municípios, constituindo-se em obstáculo para a atenção à saúde integral aos usuários do SUS (PINAFO; NUNES; CARVALHO, 2016).

De acordo com Kuschnir e Chorny (2010), é preciso atentar que a regionalização e a constituição de redes possuem dimensões técnica e política. A dimensão técnica aponta para a necessidade de estruturação e organização das redes para que elas sejam a forma mais adequada e viável de garantir acesso ao cuidado integral. Na presente pesquisa, esta dimensão técnica precisa ser revista no sentido de primeiramente organizar os pontos de atenção existentes, com oferta de serviços suficiente e eficiente, para que as redes de atenção consigam funcionar conforme seu propósito, e assim otimizem a continuidade do cuidado ao usuário pelo sistema de saúde.

E a dimensão política envolve as disputas de poder e as decisões políticas de interesse público de todos os entes federados, responsáveis pelo processo de regionalização, que é tanto necessário para que haja avanço na efetivação das RAS (KUSCHNIR; CHORNY, 2010). Neste contexto, primeiramente é preciso que a regionalização seja assumida como uma política que depende de uma gestão interfederativa, na qual todos os entes federados são responsáveis e possuem atribuições e deveres para sua efetivação, para que, assim, abra o caminho para a construção das RAS.

Outro ponto que merece ser discutido é o papel das equipes gestoras das RS no apoio à condução da regionalização e constituição das RAS. Essa instituição poderia auxiliar no processo de organização dos serviços de saúde existentes e nas relações entre os municípios, de forma a contemplar as necessidades de gestão apontadas pelos MPP estudados.

A gestão do SUS iniciou a construção do componente técnico-administrativo, com a divisão organizacional das regiões administrativas e de saúde, mas não conseguiu avançar com o caráter político e social do processo de regionalização, pois encontra-se dependente de uma gestão interfederativa que ainda não ocorreu para sua concretização (MENDES; LOUVISON, 2015).

O incipiente processo de regionalização e de constituição das RAS obriga os municípios estudados a agirem sozinhos em várias situações-problema que não seriam de sua alçada. Não há o compartilhamento entre os entes para o desenvolvimento de ações, nem tampouco responsabilidades para com a oferta e o financiamento das mesmas.

*O estado e a União têm que participar mais, têm que dar mais apoio (GJ3);*

*Na parte financeira, na organização das redes também, porque é média e alta complexidade, e isso não cabe a nós, município pequeno, mas o Estado e a União não ajudam a gente (GL5).*

Os municípios não podem contar com o apoio desses entes federados, que se distanciaram ou se eximiram da responsabilidade de garantir o cuidado ao usuário nos níveis de atenção de maior complexidade.

No jogo social da gestão do SUS, observa-se que o poder reside na desigualdade das regras do jogo entre os entes federados. O município encontra-se em uma posição de poder político e econômico ínfimo em comparação ao poder do estado e da União, ficando em uma posição de subalternidade.

Esta desigualdade nas regras do jogo confere vantagens aos estados e à União, que acabaram controlando as regras do jogo e oferecendo ao município um apoio insuficiente para o financiamento da saúde nas ações e serviços de maior complexidade.

Neste raciocínio, o que se denotou foi um processo de retração e de contenção de despesas por parte da União e dos estados e, conseqüentemente, maior gasto dos municípios para suprir essa deficiência.

Diante do cenário apresentado, faz-se necessário que os estados e a União revejam seus papéis quanto à gestão interfederativa. A mudança desse panorama necessita que todos os entes federados assumam coletivamente a organização, o planejamento, a coordenação e o financiamento desses níveis de atenção de maneira regionalizada, pois somente assim se tornará possível a constituição da tão famigerada RAS.

**TECENDO ALGUMAS**  
**CONSIDERAÇÕES**

## **TECENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES**

Tendo como base as várias análises que emergiram da compreensão sobre a dinâmica da gestão do SUS em MPP, com maior aprofundamento na análise dos problemas e estratégias de gestão, faço aqui alguns apontamentos que a presente pesquisa suscitou.

O sistema de saúde brasileiro foi constituído sobre um alicerce constitucional, com princípios e valores, e em sua história vem se materializando até sua conformação atual. O maior desafio dos gestores é fazer com que o SUS proposto pela constituinte aconteça na realidade dos serviços de saúde.

O SUS transcende a questão da assistência médica, dos medicamentos, da atenção especializada, ele forma profissionais, produz conhecimento e constitui um complexo econômico que gera inúmeros empregos, ou seja, ele é um sistema de saúde com amplas dimensões, mas que a mídia não divulga (PAIM; BAHIA; CAMPOS, 2016). Além disso, o SUS também é invisível aos olhos da população e sofre de ingerência política por parte de gestores e políticos.

A sustentabilidade política e econômica do SUS é um fator importante para a sobrevivência desse sistema no jogo social da saúde, e o jogo econômico é detentor de um poder dominante aos demais jogos nas várias situações problemas, estratégias e limites que o sistema de saúde enfrenta.

As forças interessadas no avanço do SUS precisam ultrapassar os obstáculos políticos, de gestão e de reorganização do modelo de atenção, e mostrar a viabilidade da universalidade e da integralidade da atenção à saúde. O SUS precisa recuperar seu prestígio enquanto uma política de impacto sobre o bem estar e proteção social, com capacidade de melhorar as condições sanitárias e a saúde das pessoas, além de encarar a baixa capacidade de gestão e a politicagem (CAMPOS, 2007).

Para tornar o SUS uma realidade na vida do cidadão brasileiro é necessário enfrentar um processo que envolve várias mudanças, dentre elas uma das mais importantes é a mudança do modelo de atenção, que deve se dar de maneira progressiva em todo o país.

A mudança do modelo de atenção e o enfrentamento dos problemas da gestão nos MPP, na perspectiva da presente pesquisa, deve ser conduzida por processos políticos e sociais.

Em meio ao enfrentamento dos processos políticos, por mais que existam algumas diretrizes, o modelo biomédico que possui forte influência do jogo econômico, é tão hegemônico, que os gestores ao enfrentarem os problemas da gestão, não conseguem realizar outro tipo de ação ou estratégia que não seja para ampliar a oferta de serviços. Isso denota o domínio do jogo econômico sobre os demais jogos sociais presente nas estratégias de gestão desses gestores. Entretanto, reconhecem que tais ações não conseguem garantir um caminho efetivo como via permanente, com determinados fluxos que facilitem a resolução desses problemas.

No entanto, mesmo enfrentando vários desafios para a mudança do modelo de atenção, é preciso ponderar a conduta dos gestores, pois é possível analisar que existe a falta de ousadia por parte deles em fazer/criar novas práticas de gestão e de serviços de saúde que melhorem a situação dos MPP e que apontem um caminho para o enfrentamento de alguns problemas que são de responsabilidade dos municípios. Existem práticas em saúde que podem contar com o apoio de recursos organizacionais, mas que dependem da vontade do gestor em ousar fazer diferente.

O que se questiona nesta situação é a comodidade em permanecer sem agir e continuar reproduzindo um modelo de saúde focado no atendimento médico, como o modelo de saúde que a mídia divulga por meio do jogo das comunicações.

Por mais que o gestor municipal aponte a dificuldade em obter auxílio do nível estadual e federal para o enfrentamento dos problemas da gestão municipal, é preciso refletir que ele também possui baixa capacidade de gestão e baixa autonomia, e na maioria das vezes, não consegue avançar em mudanças no próprio nível municipal, no caso, o âmbito da AB. O gestor acaba tendo um dispêndio maior de recursos para sanar debilidades inerentes à uma AB fragilizada, mas ele sozinho não consegue ter estratégias internas para mudar o próprio modelo de atenção.

Ainda neste sentido, mesmo que a equipe gestora e o secretário municipal de saúde sintam-se preparados para exercer seu cargo na gestão, no jogo social das relações municipais o que prevalece é o domínio do jogo político e econômico exercido pelo poder executivo. A equipe gestora e o secretário municipal possuem

baixa autonomia nas decisões e no ordenamento do orçamento e gastos da área da saúde, o que transparece o baixo poder político, diante das situações e problemas enfrentados também em âmbito local.

De forma geral, existe um predomínio do jogo político no SUS envolvendo a política partidária, que engessa ou dificulta o avanço do sistema de saúde devido às ingerências políticas que englobam todos os outros jogos de poder para o enfrentamento dos problemas da gestão.

Dentro do jogo político, o gestor, em sua visão, está tentando mudar o modelo de atenção, no entanto, sua racionalidade é impregnada pela ordem do mercado, por questões ideológicas, da cultura da sociedade e do setor privado, que reforçam ainda mais a manutenção do poder pelo modelo médico hegemônico, no qual o jogo econômico é dominante.

Enfim, o Brasil possui aproximadamente 5.700 municípios diferentes, com realidades distintas, e que ao apontar as falhas que os municípios possuem em responsabilizar-se pela condução do sistema de saúde, seria muito ingênuo da parte de todos querer que este ente federado consiga dar conta de assumir tamanha responsabilidade em gerir o sistema de saúde conforme o que está posto na constituição e na legislação.

Diante da situação em que a gestão do SUS se encontra, não cabe somente aos municípios pequenos enfrentarem sozinhos esse desafio, pois existem várias forças por trás desse modelo, que já foram discutidas, e os MPP sozinhos não conseguem avançar devido às suas limitações.

Em meio aos vários apontamentos, é preciso relativizar ou ponderar a conduta dos gestores no processo de enfrentamento dos problemas da gestão, pois na condução dos processos políticos, é preciso rever as ações e os serviços do sistema de saúde para que eles sejam de qualidade e produzam mudanças na vida da população.

Torna-se necessário reorganizar o processo de descentralização, para que o estado assuma uma posição de coordenação mais efetiva e co-participação na constituição das redes e no processo de regionalização, com financiamento condizente, retomando a responsabilidade pelo atendimento da população nos níveis de maior complexidade. Vale lembrar que esse processo só se viabiliza



mediante acordos e pactuações entre todos os entes federados, ou seja, é um papel do Estado, e neste caso, também dos municípios.

Deve-se fomentar o empoderamento do gestor municipal, com a implantação de processos de escuta das necessidades dos municípios menores, a implantação de uma cultura de enfrentamento dos problemas de forma coletiva e compartilhada entre os entes federados, para que assim haja uma gestão interfederativa.

Neste sentido, também existe um questionamento sobre o papel das CIR e das CIB, pois estas deveriam agir como protagonistas em processos de mudanças e criar espaços de discussões ou grupos de trabalho para atuarem, a partir desta instância de gestão, na construção de práticas que sejam efetivas e auxiliem os MPP a enfrentarem seus problemas nos espaços de gestão regional.

O estado do Paraná tem um histórico diferenciado de vários outros estados do país, e conta com o apoio das RS. É preciso resgatar o papel das RS, de forma a contemplar as diferentes necessidades dos municípios, e auxiliar os municípios menores em sua gestão.

Os espaços de EPS devem ser ampliados para que além dos gestores, toda a equipe gestora e profissionais possam participar de capacitações para potencializar os processos de mudança no município.

É preciso pensar na condução de mudanças por meio dos processos sociais, e trabalhar com questões culturais e subjetivas, para que haja uma mudança no modo das pessoas verem o SUS. A sociedade precisa compreender o SUS enquanto política social, para assim lutar por ele.

É necessário agir racionalmente para produzir mudanças. A população precisa experimentar serviços de saúde de qualidade ofertados pelo sistema de saúde (ONOCKO CAMPOS, 2003). Ao utilizar serviços que proporcionem resolutividade aos casos demandados pelos usuários, o SUS teria maior credibilidade em suas ações.

Os trabalhadores de saúde também precisam se mobilizar em defesa deste sistema e contra o rebaixamento dos direitos sociais e os golpes que o SUS enfrenta.

Tal mobilização precisa abarcar gestores, trabalhadores de saúde, sociedade organizada e população como um todo para enfrentar e defender o sistema público

de saúde, que em seus quase trinta anos de existência ainda não conseguiu se concretizar devido ao fato de enfrentar duros golpes para seu desmonte.

É necessário compreender que os problemas enfrentados pelos municípios extrapolam a capacidade de gestão e passam por outra dimensão maior, que é o SUS ser visto enquanto um projeto a ser defendido por toda a sociedade.

Também é preciso discutir e amadurecer a análise da saúde enquanto poder de sociedade, e compreender até que ponto o setor saúde é o maior responsável ou consegue dar conta de todas as necessidades desta área, pois ela é extremamente complexa, frente aos serviços que demanda, ao processo de envelhecimento da população e às transformações sociais que vêm ocorrendo.

O presente estudo possui limitações e aponta ainda a necessidade de estudos futuros na área, para ampliar o olhar sobre os MPP, que representam um importante contingente de municípios do país.

## **REFERÊNCIAS**

## REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F. L. **Os barões da federação**: os governadores e a redemocratização brasileira. São Paulo: Hucitec. Departamento de Ciência Política da USP; 1998.
- ALMEIDA, A. P. S. C.; LIMA, L. D. O público e o privado no processo de regionalização da saúde no Espírito Santo. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. esp., p. 51-63, dez. 2015.
- ALMEIDA, M. H. T. Recentralizando a Federação? **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 24, p. 29-40, jun. 2005.
- ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.
- ALVES, M.; PENNA, C. M. D. M.; BRITO, M. J. M. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 441-446, jul./ago. 2004.
- ANDERSON, M. I. P.; GUSSO, G.; CASTRO FILHO, E. D. Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 8, n.1, p. 61-67, jan./jun. 2005.
- ARAÚJO, D.; MIRANDA, M. C. G.; BRASIL, S. L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, Supl.1, p. 20-31, jun. 2007.
- ARAUJO, T. B. Desenvolvimento regional: a descentralização valorizaria a diversidade. In: FLEURY, S. (Org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento**: Brasil & Espanha. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 373-396.
- ARRETCHE, M. T. S. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 14, n. 40, p. 111-141, jun. 1999.
- ARRETCHE, M.; MARQUES, E. Condicionantes locais da descentralização as políticas de saúde. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 173-204.
- ARRETCHE, M.; MARQUES, E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 455-479, 2002.
- ARTMANN, E. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre o planejamento e AIDS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 183-195, 2001.

AYRES, J. R. D. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática. **Interface**, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 117-120, 2000.

AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia Saúde da Família. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 35, p. 797-810, out./dez. 2010.

BERCOVICI, G. **Dilemas do estado federal brasileiro**. Porto Alegre: Livraria do Advogado; 2004. (Estado e Constituição, 3).

BLUMM, M.; SOUZA, C. Autonomia política local: uma revisão de literatura. In: ENCONTRO NACIONAL DE PÓS GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO - ENAMPAD, 23., 1998, Foz do Iguaçu. **Anais...** Foz do Iguaçu, 1999. 1 CD-ROM.

BOBBIO, N. **Elogio da serenidade**. São Paulo: UNESP, 2002.

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de política**. 11. ed. Brasília, DF: Editora da Universidade de Brasília, 1998. v. 1.

BONFIM, M. C. B. **Autopercepção da equipe gestora sobre o preparo para o desempenho da função de gestão em saúde em municípios de pequeno porte**. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

BORGES, D. F.; FERNANDES, K. C. A descentralização das ações e serviços de saúde do SUS na cidade de Natal: democratização ou privatização. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 565-585, 2002.

BRAGA, J. C.; PAULA, S. G. **Saúde e previdência**: estudos de política social. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1981.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

BRASIL. **LEI Nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015**. Reduz a zero as alíquotas da Contribuição para o PIS/PASEP, da COFINS, da Contribuição para o PIS/Pasep-Importação e da Cofins-Importação incidentes sobre a receita de vendas e na importação de partes utilizadas em aerogeradores. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/L13097.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/L13097.htm)>. Acesso em: 11 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos: (Res. CNS 466). Brasília: Ministério da Saúde, dez. 2012. **Diário**

**Oficial da União**, 13 de junho de 2013a. seção 1, p. 59. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, 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**, Brasília, DF, 23 fev. 2006a. Seção 1, p. 43.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2010. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos\\_prt4279\\_30\\_12\\_2010.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos_prt4279_30_12_2010.pdf)>. Acesso em: 29 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica SUS 01/93. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 maio 1993. p. 6961-6965.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS; 2006b. v. 4. (Série A. Normas e Manuais Técnicos – Série Pactos pela Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implementação do Programa de Saúde da família em dez grandes centros urbanos**: síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. v. 1, 146 p.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/2004**. Brasília, DF, nov. 2005a.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 12.871 de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília, 2013b.

CAMPOS, C.; MALIK, A. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-68, mar./abr. 2008.

CAMPOS, G. W. S. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3033-3040, 2011.

CAMPOS, G. W. S. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. **Trabalho, Educação, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p.19-31, 2006.

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

CARVALHO, B. G. et al. A coleta de dados enquanto espaço pedagógico. In: CARVALHO, B. G.; NUNES, E. F. P. A.; CORDONI JÚNIOR, L. (Org.). **Gestão da Saúde em Pequenos Municípios: o caso do Norte do Paraná**. Londrina: Eduel. 2017c. No prelo.

CARVALHO, B. G. et al. Equipes gestora: perfil e gestão de trabalho. In: CARVALHO, B. G.; NUNES, E. F. P. A.; CORDONI JÚNIOR, L. (Org.). **Gestão da Saúde em pequenos municípios: o caso do Norte do Paraná**. Londrina: Eduel. 2017d. No prelo.

CARVALHO, B. G. et al. Gerência de Unidades Básicas de Saúde em municípios de diferentes portes: perfil e instrumentos gerenciais utilizados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 907-914, 2014.

CARVALHO, B. G. et al. **Gestão da saúde em pequenos municípios: o caso do Norte do Paraná**. Londrina: Eduel. 2017a. No prelo.

CARVALHO, B. G. et al. O percurso metodológico da pesquisa. In: CARVALHO, B. G.; NUNES, E. F. P. A.; CORDONI JÚNIOR, L. (Org.). **Gestão da saúde em pequenos municípios: o caso do Norte do Paraná**. Londrina: Eduel. 2017b. No prelo.

CASAJUANA, J.; GÉRVAS, J. Introducción: la necesaria renovación de la Atención Primaria desde “abajo”, desde la consulta. El ímpetu innovador contra la rutina y la “cultura de la queja”. In: CASAJUANA, J.; GÉRVAS, J. (Org.). **La renovación de la atención primaria desde la consulta**. Madrid: Springer Healthcare; 2012. p. 1-6. (Colección Economía de la salud y gestión sanitaria. CRES-UPF).

CASTELLANOS, P. L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: BARATA, R. B. (Org.). **Saúde e movimento: condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. Cap. 2, p. 31-75.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693-705, abr. 2010.

CASTRO, J. L.; VILAR, R. L. A. **Quem são os gestores municipais de saúde no Rio Grande do Norte? Um estudo sobre o perfil**. 2005. Disponível em: <[http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/RepertorioObservaRH/NESC-RN/Quem\\_são\\_%20gestores.RN.pdf](http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/RepertorioObservaRH/NESC-RN/Quem_são_%20gestores.RN.pdf)>. Acesso em: 28 mar. 2015.

CECCIM, R. B. Desenvolvimento de competências no trabalho em saúde: educação, áreas do conhecimento e profissões no caso da saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 2, abr. 2012.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Abertura de um eixo reflexivo para a educação da saúde: o ensino e o trabalho. In: MARINS, J. J. N.; RÊGO, S. (Org.). **Educação médica: gestão, cuidado, avaliação**. São Paulo: Hucitec; 2011. p. 258-277.

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**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 41-65, 2004.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, ABRASCO. 2001. p.113-127.

CECÍLIO, L. C. O. Escolhas para Inovarmos na Produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 280-289, 2012.

CECÍLIO, L. C. O. et al. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. **Revista Eletrônica de Comunicação e Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 200-207, jul./dez. 2007.

COHN, A. Questionando conceitos: o público e o privado na saúde no século 21. In: SANTOS, N.; AMARANTE, P. D. (Org.). **Gestão pública e relação público-privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2011. p. 244-251.

COLENCI, R.; BERTI, H. W. Formação profissional e inserção no mercado de trabalho: percepções de egressos de graduação em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 158-166, 2012.

CONASS - CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde – COAP**. Brasília, 2015.

CONILL, E. M. Sistemas Comparados de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado da saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 563-613.

CORDONI JÚNIOR, L.; CARVALHO, B. G.; GIL, C. R. R. Planejamento em saúde. In: ANDRADE, S. M.; CORDONI JÚNIOR, L. **Bases da Saúde Coletiva**. 2. ed. Londrina: Eduel, 2017. No prelo.

CORIOLOANO, M. W. L. et al. Vivenciando o processo de municipalização do SUS no município de Juazeiro do Norte (CE). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2447-2454, 2010.

COSTA, J. S. D.; VICTORA, C. G. O que é “um problema de saúde pública”? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 144-146, 2006.

COSTA, N. R.; PINTO, L. F. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 907-923, 2002.



CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737, abr. 2010.

DALLARI, S. G. **Os estados brasileiros e o direito à saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

DELZIOVO, C. R. Colegiado de gestão regional desafios e perspectivas: relato de experiência. **Saúde e Transformação Social**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 102-105, jan. 2012.

DEMARZO, M. M. P.; ANDERSON, M. I. P. A medicina de família e comunidade e a graduação em medicina no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, Supl.1, p.3-5, 2006.

DOURADO, D. A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011.

ERMEL, R. C. et al. Algumas perspectivas para análise da gestão da saúde no estado de São Paulo (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1899-1906, mar. 2011.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 2014. Disponível em: <<http://www.dicionariodoaurelio.com>>. Acesso em: 12 abr. 2014.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso da mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: Hucitec, 2002.

FIGUEIREDO, P. P. D. et al. Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 235-259, 2010.

FINKLER, A. L. et al. O acesso e a dificuldade na resolutividade do cuidado da criança na atenção primária à saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 548-53, 2014.

FLEURY, J. S. F. O “Pacto Federativo” e a realidade atual. **Revista do Legislativo**, Minas Gerais, v. 25, p. 7-13, jan./mar. 1999.

FLEURY, S. et al. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 28, n. 6, p. 446-455, 2010.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. L. M. O sistema único de saúde brasileiro: desafios da gestão em rede. **Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão**. Lisboa, v. 11, n. 2-3, p.74-83, 2012.

FOWLER, G.; AUSTOKER, J. Screening. In: DETELS, R. et al. **Oxford Textbook of Public Health**. New York: Oxford University Press; 1997. p. 1583-1599.

GADAMER, H. **Verdade e método**. Petrópolis: Vozes, 1999.

GIOVANELLA, L. **Ideologia e poder no planejamento estratégico em saúde**: uma discussão da abordagem de Mario Testa. 1989. 292 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro 1989.

GIOVANELLA, L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.129-153, abr./jun,1990.

GIOVANELLA, L. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, Supl. 3, p. 783-794, 2009.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Contratação e qualidade do emprego na Estratégia de Saúde da Família no Brasil. In: BARROS, A. F. R. (Org.). **Observatório de recursos humanos no Brasil**: estudos e análises. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 157-190.

IBGE. **Censo Demográfico 2010 – Paraná**. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 30 set. 2014.

IBGE. **Estimativa populacional dos municípios Brasileiros**. 2014. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/pdf/analise\\_estimativas\\_2014.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/pdf/analise_estimativas_2014.pdf)>. Acesso em: 9 abr. 2016.

JANAUDIS, M. A. Princípios da medicina de família: quatro pilares que definem sua identidade. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 300-310, jul./set. 2010.

JUSTINO, A. L. A.; OLIVER, L. L.; MELO, T. P. Implantação do programa de residência em medicina de família e comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1471-1480, 2016.

KEHRING, R. T.; SOUZA, E. S.; SCATENA, J. H. G. Institucionalidade e governança da regionalização da saúde: o caso da região Sul Mato-Grossense à luz das atas do colegiado de gestão. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 948-961, out./dez. 2015.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LAZZARATO, M. **As revoluções do capitalismo**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LEITE, F. L. B. **Fusão de municípios**: impactos econômicos e políticos da diminuição do número de municípios em Minas Gerais. 2014. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) - Universidade do Minho - Escola de Economia e Gestão, 2014.

LEITE, V. R.; LIMA, K. C.; VASCONCELOS, C. M. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1849-1856, 2012.

LIMA, J. C. Teoria do jogo social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2647-2648, ago. 2010.

LIMA, L. D. et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2012.

LIMA, L. D. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida. **Trabalho, Educação e Saúde**, Manguinhos, v. 6, n. 3, p. 573-598, 2008.

LIMA, L. D.; VIANA, A. L. D.; MACHADO, C. V. A regionalização da saúde no Brasil: condicionantes e desafios. In: SCATENA, J. H. G.; KEHRIG, R. T.; SPINELLI, M. A. S. (Org.). **Regiões de saúde**: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 21-46.

LORDÉLO, J. A. C.; PONTES, M. Poder, representação, participação, conhecimento e decisão: a CPA da UFBA. In: LORDÉLO, J. A. C.; DAZZANI, M. V. (Org.). **Avaliação educacional**: desatando e reatando nós. Salvador: EDUFBA, 2009. p.85-101.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. In: GONDIM, R.; GABROIS, V.; MENDES, W. (Org.). **Qualificação de gestores no SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2011. p. 47-72.

MACHADO, M. H. A profissão de enfermagem no século XXI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 52, n. 4, p. 589-595, out./dez. 1999.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. S.; MOYSÉS, N. M. N. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: PIERANTONI, C.; POZ, M. R. D.; FRANÇA, T. (Org.). **O trabalho em saúde**: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011. v. 1, p.103-116.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. **O desafio de construir e regular redes públicas de saúde, com integralidade, em sistemas privado-dependentes**: a experiência de Belo Horizonte. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp Campina, 2006.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Uerj/IMS, Abrasco; 2006. p. 39-64.

MATUS, C. **Adiós, señor presidente**. Caracas: Fundación Altadir. 1994.

MATUS, C. **Estrategia y plan**. 2.ed. México, Siglo XXI, 1978.

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F. J. U. (Org.). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1992.

MATUS, C. **Los três cinturones del gobierno**. Caracas: Fondo Editorial Altadir. 1998.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: Ipea, 1996.

MATUS, C. Teoria do jogo social. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 3, n. 1, p. 81-91, 2007.

MEDEIROS, C. R. G. **Redes de atenção em saúde: o dilema dos pequenos municípios**. 2013. 201 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

MELLO, A. L. S. F. et al. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 205-214, 2014.

MELLO, G. A. **A integralidade do cuidado à criança na rede pública de saúde de Campinas sob a ótica da Atenção Básica**. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

MELLO, G. A. et al. Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 475-482, 2009.

MELLO, G. A.; IBAÑEZ, N.; VIANA, A. L. d'A. Um olhar histórico sobre a questão regional e os serviços básicos de saúde no Estado de São Paulo. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 853-866, 2011.

MENDES, A.; LOUVISON, M. O debate da regionalização em tempos de turbulência no SUS. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 393-402, 2015.

MENDES, E. V. **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

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

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf)>. Acesso em: 30 jun.2014.

MENDES, E. V. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p.423-437, 2015.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS: tomo II**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MENDONÇA, M. H. M. D. et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2355-2365, 2010.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. **PSF: contradições e novos desafios 1996**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns.htm>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa e saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa e saúde**: 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

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

MINAYO, M. C. S; DESLANDES, S. F. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 17-30.

MIRANDA, A. S. **Análise estratégica dos arranjos decisórios na Comissão Intergestores Tripartite do Sistema Único de Saúde**. 2003. 240 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

MOLESINI, J. A. et al. Programação pactuada integrada e gestão compartilhada do SUS. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 34, n. 3, p. 623-638, jul./set. 2010.

MONNERAT, G. L.; SENNA, M. C. M.; SOUZA R. G. A reorganização dos serviços de saúde no cenário local. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 509-521, 2002.

MORLEY D. **Pediatria no mundo em desenvolvimento**: prioridades. São Paulo: Edições Paulinas, 1980.

MÜLLER NETO, J. S. **A relação entre democracia, descentralização e políticas de saúde no Brasil**: atualização do debate e estudo de caso em uma perspectiva comunicativa. 2010. 321p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1293-1311, 2012.

NEY, M.S. **Condições de fixação do médico na estratégia saúde da família**. 2009. 122 p. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2009.

NICOLETTO, S. C. S. **As comissões Intergestores regionais e a gestão interfederativa no norte do Paraná, 2011 a 2013**. 2015. 180f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2015.

NICOLETTO, S. C. S.; CORDONI Jr. L.; COSTA, N. R. Consórcios Intermunicipais de Saúde: o caso do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 29-38, jan./fev. 2005.

NUNES, E. F. P. A. et al. Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 39, n.104, p. 29-41, jan./mar., 2015.

NUNES, E. F. P. A. et al. Trabalho gerencial em Unidades Básicas de Saúde de municípios de pequeno porte no Paraná, Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 573-84, 2016.

NUNES, E. F. P. A.; CARVALHO, B. G.; SANTINI, S. M. L. **Gestão do processo de trabalho na rede de atenção básica de saúde em municípios de pequeno porte na região norte do Paraná**. Relatório final do projeto de pesquisa: gestão do processo de trabalho na rede de atenção básica de saúde em municípios de pequeno porte na região norte do Paraná. Londrina. Universidade Estadual de Londrina, 2012.

OHIRA, R. H. F.; CORDONI JUNIOR, L.; NUNES, E. F. P. A. Perfil dos gerentes de Atenção Primária à Saúde de municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 393-400, 2014.

ONOCKO CAMPOS, R. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. p.122-149.

PAIM, J. S. **Modelos assistenciais**: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. Notas para discussão nos Seminários Temáticos Permanentes. Brasília: ANVISA/ISCUFBA, 2001.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.567-586.

PAIM, J. S. **Política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS, ISC, 2002.

PAIM, J. S.; BAHIA, L.; CAMPOS, G. W. S. Debate: O golpe no SUS. In: SEMINÁRIO PÚBLICO: O golpe no SUS, 7., 2016, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 2016. Disponível em: <<https://youtu.be/nbY3Gv-pCHM>>. Acesso em: 8 nov. 2016.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1819-1829, 2007.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano de Ação de Urgência e Emergência da Macroregião Norte**. Londrina: SESA, 2013.

PASCHE, D. F. et al. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 0, n. 6, p. 416-422, 2006.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde**: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população. 2007. 247f. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

PINAFO, E. et al. Gestor de município de pequeno porte no estado do Paraná: perfil, funções e conhecimento sobre os instrumentos de gestão. **Espaço para a Saúde**: Revista de Saúde Pública do Paraná, Londrina, v. 17, n. 1, p. 130-137, jul. 2016.

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

PINTO, N. R. S.; TANAKA, O. Y.; SPEDO, S. M. Política de saúde e gestão no processo de (re)construção do SUS em município de grande porte: um estudo de caso de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 927-938, abr. 2009.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 318-325, 1995.

QUANDT, F. L. **Avaliação da efetividade do Consórcio Intermunicipal de Saúde na região do Alto Uruguai Catarinense - CIS/AMAUC**. 2012. 138p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

REGIÃO E REDES. **Caminhos para a Universalização da Saúde no Brasil**. Banco de Indicadores Regionais e Tipologias. 2013. Disponível em: <<http://www.resbr.net.br>>. Acesso em: 4 set. 2016.

RIBEIRO, P. T. Perspectiva territorial, regionalização e redes: uma abordagem à política de saúde da República Federativa do Brasil. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v.24, n.2, p.403-412, 2015.

RIBEIRO, R. M. C. **Avaliação dos aspectos da gestão em saúde em municípios de pequeno porte da microrregião de Jequié- Bahia**. 2012. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) - Departamento de Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, 2012.

ROMANO, C. M.; SCATENA, J. H. G.; KEHRIG, R. T. Articulação público-privada na atenção ambulatorial de média e alta complexidade o SUS: atuação da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1095-1115, 2015.

SANTOS, L. **SUS: desafios político-administrativo da gestão interfederativa da saúde. Regionalizando a descentralização**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2012.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. **SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativo: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros**. 2. ed. Campinas: Saberes Editora, 2009.

SANTOS, M. A. B.; GERSCHMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p.795-806, 2004.

SCHEFFER, Mário. **Demografia médica no Brasil 2015**. São Paulo: Conselho Federal De Medicina, 2015.

SILVA, C. R.; **Estratégias utilizadas por gestores de municípios de pequeno porte para garantia de acesso aos usuários do SUS a serviços de média complexidade**. 2016. 164p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, 2016.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

SILVEIRA, P. F. Sobre a deontologia do intervencionismo estatal no setor saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 221-232, 1988.

SOUSA, F. O. S. et al. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras e acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1283-1293, 2014.



SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p.431-442, 2002.

SOUZA, M. K. B.; MELO, C. M. M. Perspectiva de enfermeiras gestoras acerca da gestão municipal da saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 20-25, 2008.

SOUZA, P. C.; SCATENA, J. H. G. É economicamente viável regionalizar a atuação de um hospital público de médio porte? **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 571-590, 2010.

SOUZA, P.C.; SCATENA, J. H. G.; KEHRIG, R. T. Aplicação da Análise Envoltória de Dados para avaliar a eficiência de hospitais do SUS em Mato Grosso. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 289-308, 2016.

SPEDO, S. M.; PINTO, N. R. S.; TANAKA, O. Y. A regionalização intermunicipal do Sistema Único de Saúde (SUS): um estudo de caso do município de São Paulo-SP, Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 533-546, 2010.

STAHLSCHMIDT, A. P. M. Integralidade, construção e socialização de conhecimentos no contexto da educação permanente e atuação de profissionais da área da saúde. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 819-827, 2012.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Edição Brasileira. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.

STOPPINO, Mario. Poder. In: BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N. C.; PASQUINO, G. **Dicionário de Política**. 2. ed. Brasília: Ed. UNB, 1986. p.933-942.

STOTZ, E. N. **Necessidades de saúde: mediações de um conceito** (contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde). 1991. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1991.

TEIXEIRA, L.S. **Ensaio sobre consórcios intermunicipais de saúde: financiamento, comportamento estratégico, incentivos e economia política**. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2007. (Série temas de interesse do legislativo; n. 11).

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde**. São Paulo, Rio de Janeiro: Ed. Hucitec, 1995.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas/Abrasco, 1992.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2007.

UGÁ, M. A. D.; LÓPEZ, E. M. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. 4, p.915-928, 2007.

VANDERLEI, M. I. G. **O gerenciamento na estratégia de Saúde da Família: o processo de trabalho dos gestores e dos gerentes municipais de saúde em municípios do estado do Maranhão.** 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2005.

VARELLA, T. C.; PIERANTONI, C. R. A migração de enfermeiros: um problema de saúde pública. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 7, n. 2, p. 199-211, 2007.

VASCONCELOS, C. M. **Paradoxos da mudança no SUS.** 2005. 259 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2005.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2006. p. 531-562.

VIANA, A. I. D'Á.; LIMA, L. D. O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das Comissões Intergestores Bipartites. In: VIANA, A. L. d'Á.; LIMA, L.D. (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil.** Rio de Janeiro: Contracapa, 2011. p. 11-24.

VIANA, A. L. D'Á.; MACHADO, C. V. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 645-684, 2008.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n. 1, p. 181-190, 2013.

VIEIRA, J. M. R.; GARNELO, L.; HORTALE, V. A. Análise da atenção básica em cinco municípios da Amazônia Ocidental, com ênfase no Programa Saúde da Família. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v.19, n. 4, p. 852-865, 2010.

VIEIRA, V. et al. Municipalização de serviços de saúde segundo profissionais de saúde bucal em um município do interior do estado de São Paulo, Brasil. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 795-803, 2013.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. V. et al. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 355-370, 2007.

VILLANI, R. A. G.; BEZERRA, A. F. B. Concepções dos gestores municipais de saúde de Pernambuco sobre a destinação e gestão dos gastos com saúde. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 521-529, 2013.

WONCA - WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS. **A definição europeia de medicina geral e Familiar.** Barcelona: Wonca Europa, OMS, 2002. Disponível em: <<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/European%20Definition%20in%20Portuguese.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2015.

ZAMBRANO, K. Prefácio. In: MATUS, C. **Teoria do jogo social**. São Paulo: FUNDAP, 2005. p. 9-15.

# **APÊNDICES**

## Apêndice A

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### PESQUISA “Problemas e estratégias de gestão do SUS em municípios de pequeno porte do Paraná”

Você está sendo convidado a participar como voluntário em uma pesquisa sobre “**Problemas e estratégias de gestão do SUS em municípios de pequeno porte do Paraná**”, que tem como objetivo compreender os problemas e as estratégias de gestão utilizadas para o seu enfrentamento, no cotidiano do SUS em MPP. Trata-se de um estudo investigativo e é referente a projeto de pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (UEL). No caso de aceitar fazer parte da mesma, você deverá responder a um questionário e/ou entrevista, que não terá sua identificação, e não lhe trará qualquer custo financeiro.

Sua participação será de grande valor para melhor entendimento dos problemas e estratégias de gestão do SUS a nível municipal. Gostaríamos de acrescentar que você terá todas as suas dúvidas esclarecidas, bem como o sigilo das informações garantido e que também poderá desistir de participar da pesquisa no momento que ler o questionário e se sentir constrangido com alguma de suas questões. As conclusões que resultarão desta pesquisa serão apresentadas em instancias públicas como congressos, periódicos e afins garantindo o anonimato dos entrevistados. Em caso de dúvidas, você poderá esclarecê-las com a coordenadora da pesquisa, doutoranda Elisangela Pinafo pelo telefone (43) 35428044, ou contatar com o Comitê de Ética em Pesquisa através do telefone (43)3371-2490, às quintas feiras, no período matutino. Você tem a liberdade de aceitar ou não responder ao questionário ou a quaisquer questões que lhe constranjam.

Eu \_\_\_\_\_

\_\_\_\_declaro que, após conveniente esclarecimento pelas pesquisadoras responsáveis e de ter compreendido com clareza suas finalidades, procedimentos metodológicos e o destino final das informações recolhidas, consinto em participar livremente do estudo a que se refere este consentimento informado.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 2014.

\_\_\_\_\_  
Me Elisangela Pinafo

\_\_\_\_\_  
Pesquisado

## **Apêndice B**

### **Entrevista com os secretários de saúde e regional de saúde**

Roteiro para Entrevista com os Secretários Municipais de Saúde para identificação das pessoas que compõem a Equipe Gestora Meio da Secretaria Municipal de Saúde

Nome:

Município em que é Secretário Municipal de Saúde:

Regional de Saúde:

Nome das pessoas e função daquelas que exercem tais atividades:

Operação do fundo municipal de saúde:

Operação dos sistemas de informação:

Responsável pela área de Recursos Humanos:

Responsável pela Vigilância sanitária:

Responsável pela Epidemiológica:

Gerencia dos serviços de saúde:

Coordenação de programas:

Coordenação da Estratégia Saúde da Família:

Responsável pela regulação ou contato com outros serviços (agendamentos de exames e consultas especializadas, etc):

Responsável pelo planejamento e avaliação de ações e serviços:

## Apêndice C

### ROTEIRO PARA A ENTREVISTA COM A EQUIPE GESTORA

1. Município \_\_\_\_\_ / RS \_\_\_\_\_ : DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

2. Iniciais do entrevistado:

3. Idade: \_\_\_\_\_ anos

4. Fone:

5. Sexo (digite a codificação numérica): (1)F (2)M

6. Formação (digite a codificação numérica):

- |  |                        |
|--|------------------------|
| (1)Ensino fundamental (1º grau) incompleto | (5)Superior incompleto |
| (2)Ensino fundamental (1º grau) completo   | (6)Superior completo   |
| (3)Ensino médio (2º grau) incompleto       | (7)Pós graduação       |
| (4)Ensino médio (2º grau) completo         |                        |

7. Tem ou está cursando o ensino superior? (digite a codificação numérica)

- (1) Sim  
(2) Não

8. Qual (s) curso(s) de graduação? (Digitar o nome do curso. Caso não tenha escrever não se aplica)

9. Se tem pós-graduação, qual o curso? (Digitar o nome do curso. Caso não tenha escrever não se aplica).

Residência ou Especialização:

- 1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_

Mestrado: \_\_\_\_\_

Doutorado: \_\_\_\_\_

10. Há quanto tempo você trabalha na área da saúde? \_\_\_\_\_ meses

11. Qual é a modalidade de sua admissão? (digite a codificação numérica)

- (1)Estatuto do Servidor Público  
(2)Contrato temporário  
(3)Convenio/terceirizado com associação comunitária, ONG, OSCIP (CLT)  
(4)Prestação de serviços/Autônomo  
(5)Cargo Comissionado

(6)CLT (vinculo municipal)

(7)Outras(especificar): \_\_\_\_\_

**12. Qual sua remuneração mensal bruta pelo seu trabalho (que recebeu no último mês)?**

R\$ \_\_\_\_\_

**13. Tem Plano de Carreira na instituição? (digite a codificação numérica)**

(1) Sim (2) Não (3) Não Sabe

**14. Qual a sua carga horária semanal contratada:** \_\_\_\_\_ horas/semana

**15. Qual a carga horária semanal que você cumpre:** \_\_\_\_\_ horas/semana

**16. Possui outro vínculo de trabalho? (digite a codificação numérica)**

(1) Sim (2) Não

**17. Se sim especifique** (função, instituição, carga horária semanal, há quanto tempo, tipo de vínculo) Caso contrário digite não se aplica:

\_\_\_\_\_

**18. Você ingressou neste emprego através de:** (digite a codificação numérica)

(1)Concurso Público (2)Teste seletivo (3) Indicação (4) Entrevista

(5)Curriculum Vitae (6)Outra forma: (digitar) \_\_\_\_\_

**19. Função exercida atualmente no município: (Preencher com (1) se sim, e (0) se não)**

<b>COD.</b>	<b>FUNÇÕES</b>
<b>secsaude19</b>	Secretário(a) de Saúde
<b>respvigiepi19</b>	Responsável pela Vigilância Epidemiológica
<b>gerfundo19</b>	Gerencia do fundo municipal de saúde
<b>CoordHospital19</b>	Coordenador de hospital
<b>Coordclinica19</b>	Coordenador de clínica
<b>Coordubs19</b>	Coordenador de UBS
<b>Respsim19</b>	Responsável pelo SIM
<b>Respsia19</b>	Responsável pelo SAI
<b>Respsih19</b>	Responsável pelo SIH
<b>Respsinasc19</b>	Responsável pelo SINASC
<b>Respsipni19</b>	Responsável pelo SIPNI
<b>Respsiab19</b>	Responsável pelo SIAB
<b>Respsiscat19</b>	Responsável pelo SISCAT



<b>Respsivan19</b>	Responsável pelo SISVAN
<b>Respsinan19</b>	Responsável pelo SINAN
<b>Coordesf19</b>	Coordenação da Estratégia Saúde da Família/PSF ou APS
<b>Resprh19</b>	Responsável pela área de Recursos Humanos
<b>Respplan19</b>	Responsável pelo planejamento e avaliação de ações e serviços (Plano Mun.Saúde, RAG, COAP);
<b>Respvs19</b>	Responsável pela Vigilância Sanitária
<b>RespEXCON19</b>	Responsável por agendamentos de exames e/ou consultas especializadas, etc;
<b>CoordSB19</b>	Coordenação da Saúde Bucal
<b>CoordSM19</b>	Coordenação da Saúde Mental
<b>CoordAF19</b>	Coordenação pela Assistência Farmacêutica
<b>RespComp19</b>	Responsável por compras e licitações
<b>Outra19</b>	Outra (digitar)

**20. Você foi nomeado formalmente para o exercício dessa função?**

(1) Sim (2) Não (3) Não sabe

**21. Além de seu salário, o município lhe paga algum outro valor como incentivo para o exercício desta função?**

(1) Sim (2) Não (3) Não sabe

**22. Como foi a indicação para a função que exerce na gestão no município? (digite a codificação numérica)**

(1) Indicado pelo prefeito

(2) Indicado pelo secretário de saúde

(3) Outra forma (digitar) : \_\_\_\_\_

**23. Há quanto tempo exerce esta função no município? \_\_\_\_\_ meses**

**24. Já exerceu este ou outra função de gestão neste ou em outro município/serviço?**

(1) Sim (2) Não

**25. Se sim, qual (is) cargo (s), por quanto tempo e onde?**

**26. Se sente preparado para desempenho desta função? (digite a codificação numérica)**

(1) Integralmente (2) Parcialmente (3) Não

**27. Se sim, o preparo foi obtido: (se não, digite não se aplica)**

Por curso? Qual \_\_\_\_\_

Por experiência anterior, qual? \_\_\_\_\_

De outra maneira, qual? \_\_\_\_\_

<b>28. Conhece os seguintes instrumentos de Gestão?</b>	COD.	(1)Sim	(2)Não
a) Plano Municipal de Saúde	PMSC28		
b) Programação Anual de Saúde	PASC208		
c) Relatório Anual de Gestão	RAGC28		
d) SISPACTO	SISC28		
e) Relatório quadrimestral de prestação de contas em audiência pública	RQPCC28		
f) Contrato Organizativo da Ação Pública	COAPC28		
g) Plano Plurianual	PPAC28		
h) Lei de Diretrizes Orçamentárias	LDOC28		
i) Lei Orçamentária Anual	LOAC28		

<b>29. Participou da elaboração/dicussão desses instrumentos?</b>	COD.	(1) Integral	(2) Parcial	(3) Não part.
a) Plano Municipal de Saúde	PMSP29			
b) Programação Anual de Saúde	PASP29			
c) Relatório Anual de Gestão	RAGP29			
d) SISPACTO	SISP29			
e) Relatório quadrimestral de prestação de contas em audiência pública	RQPCP29			
f) Contrato Organizativo da Ação Pública	COAPP29			
g) Plano Plurianual	PPAP29			
h) Lei de Diretrizes Orçamentárias	LDOP29			
i) Lei Orçamentária Anual	LOAP29			

<b>30. Qual o objetivo dos instrumentos de gestão? (PMS, RAG, SISPACTO, PAS, RQPC)</b>	COD.	(1) Sim	(2) Não
(1) Definir e planejar ações	OB130		
(2) Atingir metas	OB230		
(3) Orientar a aplicação de recursos	OB330		
(4) Elaboração de diagnósticos	OB430		
(5) Territorialização	OB530		
(6) Levantamento de necessidades	OB630		
(7) Implementação de políticas	OB730		

<b>31. Como foi sua participação? (PMS, RAG, SISPACTO, PAS, RQPC)</b>	COD.	(1) Sim	(2) Não
(1) Proposição de ações e metas	CFP131		
(2) Fornecimentos de dados	CFP231		
(3) Discussão de conteúdo e forma	CFP231		
(4) Redação do documento	CFP431		
(5) Apresentação e divulgação	CFP531		
(6) Acompanhamento e monitoramento	CFP631		
(7) Não se aplica	CFP731		

<b>32. No seu município estão em desenvolvimento:</b>	COD.	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sabe
Estratégia Saúde da Família	PSF32			
Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica	PMAQ32			
Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde	APSUS32			
Núcleo de Apoio ao Saúde da Família	NASF32			
Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB	PROVAB32			
Mais Médicos	MM32			
VIGIASUS	VIGIA32			
Redes Atenção Materno Infantil	redeMP32			
Redes de Urgência e Emergência	redeUE32			
Rede de Saúde Mental	redeSM32			
Rede de Doenças Crônicas	redeDC32			
Rede de Atenção ao Deficiente Físico	RedeDF32			
Outros (especificar)	OUTROS32			

## Apêndice D

### CURSO “GESTÃO DO SUS EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DO NORTE DO PARANÁ”

#### Encontro 1: Problemas e Estratégias de Gestão do SUS em Municípios de Pequeno Porte

**Objetivo do encontro:** Compreender as estratégias de gestão utilizadas para o enfrentamento dos problemas de saúde no cotidiano do SUS em municípios de pequeno porte

1- Identificação dos participantes da Oficina:

a) Município \_\_\_\_\_ / RS \_\_\_\_\_ : DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

b) Iniciais do entrevistado:

c) Idade: \_\_\_\_\_ anos

d) Fone:

1- Dinâmica de interação com os participantes: “Objetos variados” – apresentação dos participantes e interação;

2- Apresentação dos resultados da primeira fase da pesquisa (perfil demográfico e epidemiológico, distribuição de serviços e de financiamento dos MPP, de acordo com as Regionais de Saúde);

3- Apresentação, por regional de saúde, do conhecimento da equipe gestora sobre os instrumentos de gestão em saúde. (Análise da pesquisa quantitativa referente as respostas sobre os instrumentos de gestão: quem conhece, quem participa da elaboração, ... etc).

4- Apresentação da análise do processo de descentralização da gestão em saúde ocorrida no Brasil e suas implicações para a gestão municipal (estudo bibliográfico).

5- Questões norteadoras da discussão:

- Questiona-los quanto a realidade local: Os dados apresentados anteriormente condizem com a realidade do município de vocês? Existe similaridade com as condições dos municípios de pequeno porte da região Norte do Paraná? Qual a percepção de vocês diante dos resultados da pesquisa? (analisar primeiro os dados e após fazer pergunta específica). É isso mesmo?

- Que tipo de problemas (ações e serviços) identificam no município que atuam?
- Quais estratégias de gestão utilizam para o enfrentamento desses problemas?
- Quais são os limites existentes no âmbito municipal para o enfrentamento dos problemas de saúde?

- Como enfrentar estes desafios da gestão?
- Que caminhos vislumbram para a gestão dos MPP?
- O PMS, PAS e COAP retratam as estratégias utilizadas para resolver os problemas que possuem no município? De que forma?

**ANEXOS**

## ANEXO 1


## Parecer do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS  
Universidade Estadual de Londrina  
Registro CONEP 5231

Parecer CEP/UEL:	146/2012
CAAE:	06099412.3.0000.5231
Processo:	20860/2012
Pesquisador(a):	João José Batista de Campos
Unidade/Órgão:	CCS - Departamento de Saúde Coletiva
<p>Prezado(a) Senhor(a):</p> <p>O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina" (<u>Registro CONEP 5231</u>) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:</p> <p><b>"A gestão do trabalho no SUS em Municípios de Pequeno Porte do Paraná a partir do olhar da Equipe Gestora"</b></p>	
<p>Situação do Projeto: <b>Aprovado</b></p> <p>Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá ser encaminhado ao CEP/UEL relatório final da pesquisa, conforme prevê a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares.</p>	
<p>Londrina, 14 de setembro de 2012.</p> <p></p> <p><b>Prof. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli</b> Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos Universidade Estadual de Londrina</p>	