



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**MARILUCE KARLA BOMFIM DE SOUZA**

**GESTÃO DO SUS MUNICIPAL NO CONTEXTO DA DESCENTRALIZAÇÃO:  
PERSPECTIVA DE ENFERMEIRAS**

**SALVADOR**  
2007

**MARILUCE KARLA BOMFIM DE SOUZA**

**GESTÃO DO SUS MUNICIPAL NO CONTEXTO DA DESCENTRALIZAÇÃO:  
PERSPECTIVA DE ENFERMEIRAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestre, área de concentração Administração dos Serviços de Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cristina Maria Meira de Melo

SALVADOR  
2007

A Deus por ter me colocado neste desafio e por ter me concedido a graça de alcançá-lo com  
sucesso.

À minha mãe, o grande e eterno amor da minha vida. A você devo todas as minhas  
conquistas.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu irmão, Maurício Alan, e meu sobrinho, Maurício Filho, por me proporcionar momentos felizes e por completarem nossa pequena família.

Ao meu namorado, Matheus Reis, pelo apoio e pela companhia nas lágrimas e sorrisos.

À minha amiga Cinara Vasconcelos, pelo acolhimento em sua casa.

À minha amiga Aparecida Borges pela luz e pelas suas brilhantes idéias.

Às minhas colegas de turma, em especial, Daniela Arruda, Claudia Geovana, Maria da Glória e Alyne Motta.

Às minhas grandes amigas que à distância sempre me deram força: Patrícia Monteiro, Carla Daiane e Aretusa Martins.

Às minhas professoras do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFBA, em especial à Prof.<sup>a</sup> Vera Mendes.

À Prof.<sup>a</sup> Maria do Carmo Guimarães, coordenadora do Grupo de Pesquisa GESSUS, e a todos os participantes do grupo, pela oportunidade de compartilhar de momentos tão enriquecedores para a pesquisa.

À Tatiane Araújo, estudante de enfermagem, e ao Prof. Alvino Sanches pelo apoio na coleta de dados.

À Fapesb pelo estímulo indispensável para a realização da coleta de dados.

À Capes, pelo incentivo fundamental para a realização deste estudo.

Aos professores Oswaldo Tanaka e Heloniza Costa que compuseram a banca de qualificação e defesa desta pesquisa.

À todos da Secretaria de Saúde de Vitória da Conquista – BA.

Aos sujeitos que aceitaram participar do estudo.

A Cláudia, secretária do Programa de Pós-Graduação, pela sua disposição e sua alegria em prestar seu serviço.

E muito especial, à minha orientadora Prof.<sup>a</sup> Cristina Melo, obrigada por tudo...

SOUZA, Mariluce Karla Bomfim de. **Gestão do SUS municipal no contexto da descentralização**: perspectiva de enfermeiras. 2007. 104 f. Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

## RESUMO

A partir da Constituição Federal de 1988, o SUS se torna o modelo público de prestação de ações e serviços de saúde, incorporando novos instrumentos gerenciais, técnicos e de democratização da gestão. No exercício da gestão pública em saúde, são identificadas funções gestoras que requerem a atuação e o envolvimento dos diversos atores. A partir do interesse em explorar a gestão do SUS municipal e identificar nesse espaço a atuação da enfermeira, como sujeito envolvido no desenvolvimento das funções gestoras em saúde, este estudo exploratório, de natureza qualitativa tem como objetivo geral analisar a gestão do SUS municipal, no contexto da descentralização, na perspectiva de enfermeiras gestoras. São objetivos específicos: caracterizar a gestão do SUS municipal; e analisar a atuação das enfermeiras no desenvolvimento das macro-funções gestoras em saúde. Para este estudo de caso, foi selecionado o município de Vitória da Conquista como caso representativo de SUS bem sucedido e com enfermeiras ocupando variadas macro-funções gestoras. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com enfermeiras gestoras e análise das atas de reuniões do Conselho Municipal de Saúde. Para a análise dos dados utilizou-se como técnica a análise de conteúdo temática. O tratamento e interpretação dos achados foram estruturados em duas partes. Na primeira, descreveu-se a caracterização da gestão do SUS municipal estudado, sob a perspectiva das enfermeiras gestoras, e na segunda parte discutiu-se sobre as macro-funções gestoras em saúde e a atuação das enfermeiras nestas. Este estudo mostrou que a gestão do SUS de Vitória da Conquista se configura num contexto de descentralização incompleta dada a assimetria da relação entre as esferas de governo sobre o processo decisório e o grau centralizado de poder das esferas estadual e federal, inclusive sobre a determinação de políticas, de recursos e de procedimentos. Os achados mostraram que a condução política local na secretaria municipal de saúde de Vitória da Conquista oferece espaços abertos de participação, a exemplo os conselhos de saúde, no entanto o constrangimento da atuação da enfermeira, tem se dado pela verticalização de decisão política pelo Estado e pela própria falta de engajamento técnico-político das enfermeiras gestoras, ainda que este consista na execução da macro-função que ocupa. Deste modo, as enfermeiras, ainda que gestoras do SUS municipal e ocupando postos de relevância na gestão local da saúde, têm atuado predominantemente, como executoras das macro-funções gestoras.

Palavras-chaves: Administração Pública; Descentralização; Sistema de Saúde; Enfermeira.

SOUZA, Mariluce Karla Bomfim de. **Management of the municipal SUS in the context of the decentralization: perspective of nurses.** 2007. 104 f. Dissertation (mestrado in Nursing) – School of Nursing, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

### ABSTRACT

From the Federal Constitution of 1988, the SUS if becomes the public model of action installment and services of health, incorporating new managerial instruments, technician and of democratization of the management. In the exercise of the public administration in health, managing functions are identified that require the performance and the involvement of the diverse actors. From the interest in exploring the management of the municipal SUS and identifying in this space the performance of the nurse, as subject involved in the development of the managing functions in health, this exploratory study, of qualitative nature it has as objective generality to analyze the management of the municipal SUS, in the context of the decentralization, the perspective of managing nurses. They are objective specific: to characterize the management of the municipal SUS; and to analyze the performance of the nurses in the development of the managing macro-functions in health. For this study of case, the city of Vitória da Conquista was selected as representative case of successful SUS and with nurses occupying varied managing macro-functions. Interviews half-structuralized with managing nurses and analysis of acts of meetings of the City council of Health had been happened. For the analysis of the data the thematic analysis of content was used as technique. The treatment and interpretation of the findings had been structuralized in two parts. In the first one, it described characterization of the management of the studied municipal SUS, under the perspective of the managing nurses, and in the second part it argued on the managing macro-functions in health and the performance of the nurses in these. This study it also showed that the management of the SUS of Vitória da Conquista if configures in a context of incomplete decentralization given the asymmetry of the relation enters the government spheres on the power to decide process and the degree centered of being able of the spheres state and federal, on the determination of politics, resources and procedures. The findings had shown that the local conduction politics in the city department of health of Vitória da Conquista offers open spaces of participation, the example the health advice, however the constant of the performance of the nurse, if have given for the verticalization of decision politics for the State and the proper lack of enrollment technician-politician of the managing nurses, still that this consists of the execution of the macro-function that occupies. In this way, the nurses, still that managers of the municipal SUS and occupying ranks of relevance in the local management of the health, have acted predominantly, as executors of the managing macro-functions.

Keys Words: Public administration; Decentralization; System of Health; Nurse.

**LISTA DE QUADROS**

QUADRO 1. Enunciações analíticas sobre as características da gestão do SUS municipal, maio, 2006.	44
QUADRO 2. Enunciações analíticas sobre a operacionalização do SUS municipal, maio, 2006.	48
QUADRO 3. Enunciações analíticas sobre a dinâmica dos conselhos de saúde no SUS municipal, maio, 2006.	50
QUADRO 4. Enunciações analíticas sobre critérios para a ocupação de cargos na gestão do SUS municipal, maio, 2006.	54
QUADRO 5. Enunciações analíticas sobre a atuação de enfermeiras na gestão do SUS municipal, maio, 2006.	62
QUADRO 6. Enunciações analíticas sobre a macro-função gestora de formulação de políticas e planejamento, maio, 2006	65
QUADRO 7. Enunciações analíticas sobre a atuação da enfermeira na macro-função gestora de formulação de políticas e planejamento, maio, 2006.	67
QUADRO 8. Enunciações analíticas de enfermeiras sobre a macro-função gestora de financiamento, maio, 2006.	69
QUADRO 9. Enunciações analíticas sobre a macro-função gestora de coordenação, regulação, controle e avaliação de ações, bens e serviços e dos sistemas de saúde, maio, 2006.	76
QUADRO 10. Enunciações analíticas sobre a atuação da enfermeira na macro-função gestora de coordenação, regulação, controle e avaliação de ações, bens e serviços e dos sistemas de saúde, maio, 2006.	80
QUADRO 11. Enunciações analíticas sobre a macro-função gestora de prestação direta de ações e serviços de saúde, maio, 2006.	84
QUADRO 12. Enunciações analíticas sobre a atuação da enfermeira na macro-função gestora de prestação direta de ações e serviços de saúde, maio, 2006.	86

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>A GESTÃO DO SUS NO CONTEXTO DA DESCENTRALIZAÇÃO</b>	<b>20</b>
2.1	ENTENDENDO O QUE É GESTÃO	20
2.2	GESTÃO PÚBLICA	23
2.3	POLÍTICA DE SAÚDE: A CONSTRUÇÃO DO SUS ENQUANTO POLITICA PÚBLICA	28
2.4	GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE: O EXERCÍCIO DAS MACRO-FUNÇÕES GESTORAS	33
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>35</b>
3.1	TIPO DE ESTUDO	35
3.2	LÓCUS DO ESTUDO	36
3.3	SUJEITOS DO ESTUDO	39
3.4	COLETA DE DADOS	39
3.5	TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	40
3.6	CRITÉRIOS ÉTICOS	43
<b>4</b>	<b>ANÁLISE DOS ACHADOS</b>	<b>44</b>
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA GESTÃO DO SUS MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA: PERSPECTIVA DE ENFERMEIRAS GESTORAS	44
<b>4.1.1</b>	<b>Análise sobre a ocupação de cargos de gestão na perspectiva das enfermeiras gestoras</b>	<b>54</b>
4.1.1.1	As enfermeiras na gestão do SUS municipal: inserção e atuação	56
4.2	AS MACRO-FUNÇÕES GESTORAS EM SAÚDE E A ATUAÇÃO DAS ENFERMEIRAS	64



<b>4.2.1</b>	<b>Macro-função gestora: Formulação de políticas e planejamento</b>	<b>64</b>
<b>4.2.1.1</b>	Atuação da enfermeira na macro-função gestora: Formulação políticas e planejamento	67
<b>4.2.2</b>	<b>Macro-função gestora: Financiamento</b>	<b>69</b>
<b>4.2.2.1</b>	Atuação da enfermeira na macro-função gestora: Financiamento	74
<b>4.2.3</b>	<b>Macro-função gestora: Coordenação, regulação, controle e avaliação de ações, bens e serviços e dos sistemas de saúde</b>	<b>75</b>
<b>4.2.3.1</b>	Atuação da enfermeira na macro-função gestora: Coordenação, regulação, controle e avaliação de ações, bens e serviços e dos sistemas de saúde	79
<b>4.2.4</b>	<b>Macro-função gestora: Prestação direta de ações e serviços de saúde</b>	<b>83</b>
<b>4.2.4.1</b>	Atuação da enfermeira na macro-função gestora: Prestação direta de ações e serviços de saúde	86
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>89</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>93</b>
	<b>APÊNDICES</b>	<b>98</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>103</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A importância da prática da gestão, bem como a inserção das enfermeiras neste processo e na dinâmica organizacional do sistema e dos serviços de saúde, remete-nos a pensar no seu caráter complexo e polêmico. Esta prática constitui-se em um desafio para os gestores da saúde, especialmente as enfermeiras que, principalmente no interior do País, têm sobre si a responsabilidade de gerir sistemas e unidades de produção de serviços de saúde.

Os ideais propostos pela Reforma Sanitária ampliaram o conceito de saúde e promoveram a democratização do setor, direcionando o re-ordenamento do sistema de saúde brasileiro. Também estimularam mudanças nas práticas sanitárias e no modelo assistencial, a partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) (AROUCA, 1998).

A Reforma Sanitária brasileira trouxe para o cenário da construção do Sistema Único de Saúde um conjunto de demandas gerenciais, assistenciais e de articulação inter-setorial que desafiam a administração pública. O sistema de saúde é definido como uma rede regionalizada e hierarquizada, configurando um sistema único sob as diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da sociedade. Esta definição é profundamente distinta do sistema nacional de saúde anterior, cuja principal característica era a centralização da gestão (CECCIM *apud* FERRAZ, GOMES, MISHIMA, 2004).

A partir da Constituição Federal de 1988, o SUS se torna o modelo público de prestação de ações e serviços de saúde, incorporando novos instrumentos gerenciais, técnicos e de democratização da gestão. A implementação do SUS inicia-se nos primeiros anos da década de 90, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde n. 8.080, da Lei 8.142 de 1990 e de várias portarias emitidas pelo Ministério da Saúde como instrumentos de regulamentação do sistema (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2005).

O artigo 196 da Constituição estabelece a saúde como dever do Estado. Segundo Teixeira e Molesini (2002), no âmbito jurídico e político-institucional o debate em torno da construção do SUS tem privilegiado seu financiamento e sua gestão. A partir da implantação do processo de descentralização, a organização do sistema passa a ser foco de discussão. Para estas autoras, à gestão cabe a execução de atividades políticas, técnicas e administrativas, desenvolvidas com o propósito de assegurar o planejamento, a execução, a avaliação e a implementação de ações e de serviços de saúde.

Com o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), e com a operacionalização da diretriz política-administrativa da descentralização, a gestão do sistema de saúde começa a ganhar espaço na agenda política. Isto porque a constituição do SUS demanda uma nova lógica assistencial e organizativa dos serviços de saúde.

Segundo Andrade (2005), o SUS resgatou a lógica da federação, onde cada esfera de governo \_ município, estado e União \_ tem autonomia e capacidade de articulação com outras esferas para cumprir, de forma compartilhada, a sua responsabilidade com a produção de ações e serviços de atenção à saúde da população brasileira, sob os princípios da universalidade, equidade e integralidade.

Para entender a lógica da federação, Abrúcio (1998) refere que no âmbito do Estado federado as relações entre as esferas de governo se dão através da combinação de autonomia com dependência. Isto significa que a gestão da coisa pública deve ser mantida através do auto-governo (princípio da autonomia) e de relações inter-governamentais que compatibilizem os direitos de cada ente federativo, e da soma dos interesses presentes na federação (princípio da interdependência).

Diante disso, entendemos que a democracia e, mais particularmente a descentralização do sistema de saúde são condições importantes para a vigência do federalismo. Teoricamente, no federalismo o poder está dividido entre as esferas de governo. Porém, na prática, as relações inter-governos são marcadas por conflitos, devido aos distintos interesses e valores assumidos em cada esfera. Além disso, as diferenças sociais e econômicas, que marcam a realidade brasileira, potencializam as relações conflituosas entre os entes de cada esfera de governo.

Concordamos com Cecílio (2005) quando afirma que tais conflitos, no âmbito do setor saúde, decorrem dos interesses de classes sociais distintas, dos pequenos grupos e interpessoais. Logo, o conflito é uma característica intrínseca à gestão, devido às relações de poder e interesse que se estabelecem entre as esferas de governo ou, num plano micro localizado, entre gestores e trabalhadores da saúde, por exemplo. Na descentralização, os conflitos se constituem quando os diferentes atores envolvidos no processo de gestão fazem uma apreciação da situação de forma divergente e de acordo com o seu interesse.

Contudo, a descentralização não significa apenas a transferência de atribuições. Ela é, sobretudo, redistribuição de poder, condição que favorece a democracia por um lado, e por outro gera e potencializa conflitos decorrentes dos interesses das unidades da federação, as quais representam distintos poderes e recursos (VIANA, LIMA e GONDIM, 2002).

A política neoliberal aplicada na realidade brasileira nos últimos anos tende também a favorecer uma descentralização incompleta, pois o repasse de responsabilidades e de recursos para os âmbitos de governo não acontece na mesma medida. Para Arretche (2004a) nos países em desenvolvimento, como o Brasil, em que as realidades são heterogêneas, a descentralização das políticas ocorre segundo as conveniências de cada âmbito de governo.

A fim de operacionalizar e regular a descentralização em seus diferentes planos e dimensões, o Ministério da Saúde, desde o início da década de 90, estabelece normas operacionais e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão e das ações e serviços de saúde.

As normas operacionais do SUS (NOB 91, 92, 93 e 96) são instrumentos legais que ditam as regras de regulação da descentralização da gestão do sistema de saúde. As normas publicadas nos anos 90 e as portarias que as completam, a exemplo da Portaria n. 95 de 2001, que publica a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS SUS 01/01), definem as diferentes atribuições gestoras dos âmbitos de governo; as responsabilidades e respectivas prerrogativas financeiras segundo as diferentes condições de gestão de estados e municípios; e os requisitos utilizados como base para avaliação das capacidades gestoras das secretarias da Saúde, que pleiteiam habilitação às condições de gestão previstas na norma (BRASIL, 2001).

Entendemos que as definições das atribuições e responsabilidades gestoras, além dos critérios de habilitação para as formas de gestão introduzidas pelas normas operacionais, direcionam os gestores das três esferas de governo para a operacionalização do sistema de saúde, bem como regulam as condições institucionais e a negociação para o aumento da oferta dos serviços de saúde.

No entanto, Viana *et al.* (2002) apresentam críticas a normatização operacional do SUS. Para estes autores, a formulação e a instituição das normas operacionais constituíram uma indução estratégica conduzida pelo gestor nacional, na qual cada norma criou uma série de contradições que são resolvidas pela norma subsequente, numa tendência ascendente para adequar a descentralização à racionalidade sistêmica, aos modelos de atenção e ao financiamento.

Assim, a situação de contradição apresentada pelas normas dificulta e retarda o avanço na operacionalização do SUS. Enquanto os gestores buscam atender aos critérios de habilitação definidos pela esfera central, percebe-se através destas normas reguladoras a indução conduzida pelo gestor central para a adequação ao processo de descentralização.

No entanto, ainda que as normas se caracterizem como estratégias de indução pelo governo federal, elas têm conseguido melhorar as condições institucionais de autonomia

gerencial e de oferta de serviços nos sistemas de saúde dos municípios habilitados em gestão plena, ainda que não suficientes para alterar os padrões de iniquidades existentes na distribuição dos recursos para os municípios mais carentes. É o que mostra a Pesquisa de Avaliação da Gestão Plena do Sistema Municipal, do Projeto Reforsus do Ministério da Saúde (VIANA *et al.*, 2002).

Como exemplo, a pesquisa mostra que o processo de descentralização tem possibilitado aos municípios tornarem-se os principais prestadores públicos de ações e serviços de saúde no âmbito nacional. Desta forma, a descentralização da saúde no âmbito local passa a ser entendida como um processo de municipalização, no qual os gestores devem utilizar-se de mecanismos de gestão compartilhada para gerir o SUS municipal.

No contexto atual da política de descentralização, assinalada pela operacionalização das normas reguladoras, o SUS tem se concretizado através das relações inter-governos e entre instituições e serviços, ainda que marcado por deficiências organizacionais e financeiras.

O município, esfera de governo com maior responsabilidade operacional na implementação de mudanças para a reorganização do sistema de saúde, é o grande eixo de mobilização pela descentralização (FARAH, 2000). A esfera local busca parcerias nas outras esferas de governo e procura desenvolver programas locais articulados com a política estadual ou federal.

Noronha, Lima e Machado (2005) referem que o sistema de saúde brasileiro se caracteriza pela existência de atribuições concorrentes entre as diferentes esferas de governo, sem que existam padrões de autoridade e responsabilidade claramente delimitados. E acrescentam que isso garante alguma flexibilidade institucional, típica dos sistemas federativos, mas aponta para a necessidade da negociação e formação de acordos entre as esferas de governo envolvidas.

O arcabouço institucional do SUS prevê uma série de instâncias de negociação e decisão, envolvendo a participação dos diferentes âmbitos gestores do sistema, e de diversos segmentos representativos dos interesses da sociedade. Logo, na gestão do SUS o processo de negociação e pactuação determina situações de tensão e conflitos devido aos diversos interesses envolvidos.

De acordo com Noronha, Lima e Machado (2005) os gestores do SUS atuam no âmbito político e técnico. No âmbito político, os gestores devem relacionar-se constantemente com outros atores sociais. No âmbito técnico, devem articular saberes e práticas de gestão para implementar políticas de saúde.

A gestão pública da saúde, no contexto da descentralização e do compartilhamento, caracteriza-se pelo exercício das funções gestoras as quais não são realizadas apenas por quem está na gerência ou direção, mas também por quem assume cargos técnicos e assistenciais. Portanto, o exercício da gestão da saúde não se faz de forma isolada. Ela se processa entre os ocupantes das diferentes funções gestoras, diferentes esferas de governo e entre entes governamentais e não-governamentais, que devem buscar uma forma de gerir compartilhada e exigir a valorização e o funcionamento dos espaços de representação e negociação dos interesses da sociedade.

A gestão no SUS é, por essência, compartilhada, pois o exercício das funções gestoras só é possível com a articulação, inter-relação e negociação entre as esferas de governo. Os municípios, por exemplo, têm competências e responsabilidades na prestação dos serviços. No entanto, é indiscutível que a sustentabilidade do SUS municipal se revela a partir das alianças e parcerias com o estado e a União, mediadas pelos atores envolvidos.

Numa perspectiva macro-estrutural, a gestão do SUS não é possível sem a articulação entre as esferas de governo, pois as decisões na esfera local e estadual interdependem da esfera federal. Logo, a negociação e a pactuação são condições necessárias para a operacionalização do sistema e dos serviços de saúde. Nesta perspectiva é muito evidente a relação de dependência dos gestores máximos (secretário da saúde) com os demais gestores na esfera local e nas demais esferas no compartilhamento das ações em saúde.

Além das indispensáveis relações inter-governos que devem ser mantidas para a gestão do SUS, existe também a necessidade de sensibilização da comunidade e dos diversos atores para planejar e gerir, de forma compartilhada, o desenvolvimento local.

Na perspectiva micro-estrutural, a operacionalização do SUS se dá através da relação estabelecida entre os diferentes setores de prestação de serviços de saúde, mediante a articulação dos atores envolvidos. Um exemplo é o dos profissionais da saúde que referenciam o usuário para outros serviços ou até para outros municípios para o atendimento de suas necessidades. Tal referência só se estabelece com eficiência e eficácia através de decisões e ações compartilhadas entre esferas de governo e/ou dentro uma mesma esfera.

Assim, para melhor compreender a gestão do SUS é preciso tornar claro o conhecimento das funções gestoras em saúde. Noronha, Lima e Machado (2005) identificam quatro macro-funções gestoras na saúde: (1) formulação de políticas e planejamento, função que tem sido compartilhada entre os gestores do SUS, embora não de forma homogênea; (2) financiamento, ainda condicionado às ações e programas específicos; (3) coordenação,

regulação, controle e avaliação de ações, bens e serviços e dos sistemas de saúde; (4) prestação direta de ações e serviços de saúde.

Ao analisar as macro-funções gestoras, registramos que a primeira e a segunda são desenvolvidas no plano macro-estrutural. No entanto, as funções de coordenação, regulação, controle e avaliação podem ser desenvolvidas nos planos macro-estrutural e micro-estrutural, enquanto a quarta função de prestação direta de ações e serviços de saúde se processa no plano micro-estrutural.

O exercício das macro-funções gestoras no campo da atenção à saúde é atribuição comum nas três esferas de governo. Estas funções são compartilhadas entre os gestores do SUS. No entanto, o exercício destas funções não se dá somente entre os gestores formais do sistema de saúde.

Como os profissionais inseridos no sistema de saúde desempenham funções gestoras, direta ou indiretamente, conforme Noronha, Lima e Machado (2005) isto os tornam responsáveis, com graus distintos de responsabilidade, pela efetivação do SUS. Segundo Silva (2004), a situação brasileira exige dos profissionais da saúde uma responsabilidade ético-social com o sistema público de saúde, o que interessa a mais de cem milhões de brasileiros. Isso significa uma ação técnica e política qualificada na luta pela implantação do SUS como política de Estado e na prestação de ações e serviços de saúde.

A gestão do sistema público de saúde, no contexto da consolidação do SUS, exige a adesão dos sujeitos, em especial dos profissionais da saúde, que cada vez mais estão inseridos no setor público. É o que mostra um estudo desenvolvido por Pierantoni e Varella (2002), ao registrar o aumento no percentual do emprego público de 40,2% em 1995 para mais de 55% em 2000, atribuindo esse aumento ao reflexo da municipalização da saúde, propiciada pela política de implementação do SUS. E acrescenta que a administração pública, no ano de 2000, aparece como o principal empregador de profissionais da saúde.

Diante da expansão do número de profissionais da saúde na ocupação de cargos públicos, destacamos o pessoal de enfermagem. Segundo Pierantoni e Varella (2002) os profissionais de enfermagem atingem o quantitativo de aproximadamente 685 mil trabalhadores ou 63% do pessoal de saúde no Brasil, com a administração pública identificada como um dos segmentos que empregam o maior volume destes profissionais.

Quanto à categoria enfermeira, Meneleu Neto *et al.* (2002) afirmam que todas as regiões do País apresentaram crescimento dos empregos de enfermeiras na administração pública entre 1995 a 2000. Nas Regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste verificam-se uma taxa de crescimento negativo para o emprego da enfermeira nos serviços médico-

odontológicos, e registram-se as maiores taxas de crescimento do emprego na administração pública. Afirmam também que o crescimento dos empregos na administração pública para o pessoal de enfermagem na Região Nordeste foi de 68,48%.

Quanto à atuação da enfermeira no processo de gestão do SUS, esta acontece de forma direta ou indireta, através da assunção de funções técnicas administrativas e assistenciais. Destacamos, neste estudo, a enfermeira como sujeito inserido direta ou indiretamente no processo de gestão da saúde, em funções no plano macro ou micro-estrutural, pois entendemos que ela contribui para a gestão do SUS municipal. Isto é possível através da sua atuação nos conselhos de saúde, onde se formulam políticas, bem como no desenvolvimento de funções técnicas e gerenciais, em que coordena, regula, controla e avalia as ações dos serviços e sistemas de saúde, e nas funções assistenciais com a prestação direta de ações e serviços.

Ferraz (1995), em sua pesquisa sobre a administração em enfermagem, afirma que a enfermeira tem se destacado pelo seu alto grau de responsabilidade, seriedade e organização. A pesquisa de mestrado de Dantas (2000) sobre a prática gerencial de enfermeiras em unidades básicas de saúde aponta para a ampliação do campo de atuação da enfermeira, principalmente na ocupação de cargos de chefia, administração e direção do SUS local, situação que vem se conformando desde a década de 90. E acrescenta que a flexibilidade, a visão compartilhada, a negociação e a construção da rede de contatos são elementos-chave para a organização e coordenação dos serviços de saúde. Fonseca (2001) fez um levantamento em documentos do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) sobre o número de mulheres que ocupavam o cargo de secretária municipal de saúde na gestão de 1997-2000 nos municípios do estado da Bahia, e em 60 destes 55% eram enfermeiras.

A enfermeira, dentre os diversos profissionais da saúde tem assumido crescentemente cargos de direção e gerência. Além disso, é a profissional que no seu processo de trabalho gere recursos que garantem o atendimento prestado pelo pessoal de enfermagem e por outros profissionais. Esta é uma característica do processo de trabalho da enfermeira nos serviços de saúde, devido à sua jornada de trabalho mais longa que a do médico, por exemplo, e pela dedicação exclusiva desta profissional durante o seu turno de trabalho. É também a enfermeira a profissional que no caso das unidades básicas de saúde e do hospital assume a supervisão dos agentes comunitários de saúde e da equipe de enfermagem, o que a obriga a um envolvimento com a maioria da equipe de saúde do serviço, condição que a faz ficar a par do funcionamento geral e dos problemas que emergem no cotidiano. Ao contrário, os demais profissionais de saúde de grau superior desenvolvem suas atividades predominantemente em



seus consultórios, não se envolvendo com o funcionamento da unidade de produção de serviços de saúde onde atua.

Portanto, considerando os 63% do pessoal de enfermagem e mais os agentes comunitários de saúde, inferimos que a enfermeira gerencia o processo de trabalho de aproximadamente 70% dos trabalhadores da saúde, o que numericamente indica a sua importância para o processo de gestão, e a destaca de outros profissionais na operacionalização do SUS. Logo, esta condição permite um reconhecimento mais detalhado dos processos, bem como um controle sobre os recursos necessários para a prestação da assistência, o que destaca a enfermeira como gestora do cuidado e dos serviços.

Além disso, pelo desenvolvimento das suas atividades em contato com o usuário e, considerando que as relações desta profissional se estabelecem com todos os outros profissionais e trabalhadores do serviço, da secretaria municipal da saúde e de outros setores, devido a necessidade de articulação com estes para a prestação do cuidado, isso reflete o potencial técnico-político da enfermeira para a assunção de funções gestoras.

Isto posto, justificamos o nosso propósito de caracterizar o processo de gestão pública do SUS municipal na perspectiva de enfermeiras bem como destacar a atuação destas profissionais, e não de outros, na gestão da saúde local no contexto da descentralização.

A partir desse entendimento, esta pesquisa busca responder: Como é o processo de gestão do SUS municipal no contexto da descentralização na perspectiva das enfermeiras gestoras?

Para tanto, apresentamos alguns pressupostos para a investigação:

- A gestão pública do sistema de saúde municipal é determinada pelo contexto da descentralização incompleta e pela natureza compartilhada no exercício das funções gestoras.
- A enfermeira tem ocupado múltiplos espaços e variadas macro-funções gestoras no SUS municipal, atuando na sua gestão. A atuação da enfermeira é determinada pelo modo específico de exercício da política local, o que pouco permite sua participação no processo decisório.

Em sustentação aos pressupostos elaborados também apresentamos a experiência que vivemos num município baiano como enfermeira e como gestora do SUS municipal, assumindo a secretaria da Saúde. Como gestora, era da nossa responsabilidade o cumprimento das funções da gestão (coordenar, regular e avaliar ações e serviços de saúde da rede básica e do único hospital do município conveniado com o SUS; prestar contas ao conselho; planejar e programar os serviços) e como técnica eram a nós delegadas as decisões sobre a prática

técnica-assistencial e também a execução de tarefas do processo de gestão, funções estas que acreditava não ser da minha competência, a exemplo da liberação de autorização de internação hospitalar (AIH) e definir encaminhamentos de média e alta complexidade.

Esta situação despertou-nos reflexões sobre a atuação da enfermeira na gestão dos serviços e do sistema de saúde. Entendíamos que o município, apesar da política de descentralização no SUS, dependia do estado e da União para o funcionamento e sustentação do sistema de saúde.

Como secretária da Saúde, e também presidente suplente do Conselho Municipal de Saúde, percebíamos que o Conselho, na realidade que vivenciamos, se conformava como um espaço de legitimação das propostas apresentadas pelo gestor máximo. E que embora os profissionais de saúde tenham representação no conselho, as enfermeiras, por exemplo, apenas presenciavam as reuniões, não havendo qualquer outra forma de participação.

Entretanto, destacamos a responsabilidade das enfermeiras quanto à organização do sistema de saúde, quando a sua atuação implica em assumir funções na coordenação e na prestação dos serviços de saúde, o que demonstra sua inserção e atuação no processo de gestão, ainda que não atue como dirigente ou gerente.

Enfim, diante da nossa experiência e do referencial teórico estudado sobre a gestão pública e as macro-funções gestoras em saúde apresentamos o nosso interesse em explorar a operacionalização do processo de gestão do SUS municipal, através deste estudo de caso, e identificar nesse espaço a perspectiva da enfermeira, como sujeito envolvido no desenvolvimento das funções gestoras em saúde e atuante no processo de gestão do SUS no âmbito local e numa realidade específica.

A idéia deste estudo surgiu a partir de uma pesquisa sobre a gestão compartilhada do SUS municipal em municípios baianos que está em desenvolvimento por Guimarães *et al.* (2005) e que é financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia.

Tomando como referência o estudo supracitado e alguns estudos que descrevem a inserção da enfermeira, como por exemplo, o estudo de Meneleu Neto *et al.* (2002) que mostra a expansão da ocupação de postos de trabalho pela enfermeira no campo da administração pública; e o estudo de Lourenço (2004) que aponta que a enfermeira dentro do contexto institucional de saúde é uma profissional que cada vez mais assume a gerência dos serviços; e, ainda por sermos uma profissional de enfermagem que vivenciou uma realidade da gestão pública local em saúde, na qual desenvolvemos funções de decisão e gestão com base nas relações de negociação e pactuação estabelecidas entre as esferas de governo, justificamos o interesse de analisar a gestão do SUS municipal na perspectiva de enfermeiras

gestoras. A relevância de compreender a gestão do SUS da perspectiva de enfermeiras se dá por esta profissional ocupar diferentes macro-funções gestoras no âmbito municipal.

Visto isso, apresentamos os objetivos deste estudo. Como objetivo geral pretendemos analisar a gestão do SUS municipal, no contexto da descentralização, na perspectiva das enfermeiras gestoras. Como objetivos específicos caracterizar a gestão do SUS municipal estudado e analisar a atuação das enfermeiras nas macro-funções gestoras.

## 2 A GESTÃO DO SUS NO CONTEXTO DA DESCENTRALIZAÇÃO

### 2.1 ENTENDENDO O QUE É GESTÃO

Muitas são as áreas de conhecimento que adotam termos semelhantes, porém com significados diferenciados. Muitas expressões são usadas por diferentes áreas de conhecimento de forma expansiva, o que reflete o conteúdo conceitual que é assumido.

O termo gestão, por exemplo, é empregado em diversas áreas, embora tenha se originado na administração. Para a finalidade deste estudo buscamos esclarecer o conceito de gestão por ser este um termo adotado com um significado diferente no campo da saúde.

Freqüentemente as expressões gestão e gerência são usadas como sinônimos. Para Bueno (2000) o termo gestão significa gerência, administração. Para Chiavenatto (1983) o termo gerência (*management*) tem sido usado como um sinônimo de administração ou de quem faz a administração, seja em empresas ou outras organizações. O termo gerência denota a função de direção exercida no âmbito institucional, e da supervisão no âmbito operacional.

Os estudiosos das ciências sociais utilizam o termo gerência como o processo de formular e executar uma política empresarial ou industrial através das atividades funcionais de planejamento, organização, direção, coordenação e controle (SILVA, 1987). No entanto, nesse campo não encontramos um conceito próprio de gestão, o que nos permite afirmar que as Ciências Sociais usa o termo gerência de forma generalizada.

O termo gestão surgiu com o desenvolvimento da chamada Escola Clássica da Administração e tem sido usado nos dias atuais sem muitas mudanças, embora as teorias organizacionais tenham evoluído. Segundo Taylor, teórico da Administração Científica, a gestão organizacional requer a figura do gestor e do administrador. O gestor seria o ator institucional responsável pela condução estratégica da organização, cabendo-lhe o estabelecimento de políticas e metas para o alcance dos objetivos institucionais. Enquanto ao gestor cabia o amplo direcionamento da organização, o administrador assumia a aplicação de princípios no interior da organização e a adequação de técnicas às ações organizacionais, bem como a adoção de cuidados gerenciais que assegurem o bom andamento destas ações em busca do alcance dos seus objetivos (CHIAVENATTO, 1983).

A Norma Operacional Básica da Saúde, NOB-SUS 01/96 estabeleceu, de forma clara e precisa, a diferença conceitual entre gerência e gestão. Assim, a gerência é conceituada como

a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação, etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao sistema, e a gestão como a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional) mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (BRASIL, 2001).

Recentemente, em 2006, o Ministério da Saúde divulgou através da portaria n. 399 o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006). Nesta proposta de consolidação do SUS, os gestores devem assinar um termo de compromisso de gestão que firma o pacto em três dimensões: pela vida, em defesa do SUS e de gestão. O referido pacto mantém as diferenças conceituais entre gestão e gerência. Nele, a gestão é definida como a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde municipal, estadual ou nacional, mediante o exercício de funções de coordenação; articulação e negociação; planejamento; acompanhamento, regulação, controle, avaliação e auditoria; gestão do trabalho; desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias, dentre outras. Já a gerência é compreendida como a administração de uma unidade ou órgão de saúde (unidade básica de saúde, hospital, instituto, fundação, etc.) que se caracteriza como prestador de serviços no Sistema Único de Saúde.

Contudo, embora a NOB 96 e o Pacto pela Saúde expressem diferenças quanto à definição dos termos gestão e gerência, para nós estes termos são sinônimos, apenas diferenciados pelos espaços de atuação do gestor.

Barreto (2003), em sua tese de doutoramento sobre os estilos gerenciais e o impacto das organizações destaca alguns atributos necessários para o gestor na condução das atividades organizacionais. Este deve ter capacidade de elaborar um processo de tomada de decisão de modo a acompanhar as oscilações contextuais para proceder aos ajustes viáveis na organização; clareza do seu papel de gestor, sabendo distinguir as suas aspirações individuais das necessidades organizacionais; busca contínua de aprimoramento e conhecimento da cultura e das práticas organizacionais a fim de preparar a instituição para o aprendizado organizacional.

Considerando os atributos que caracterizam o perfil do gestor, Barreto (2003) faz uma análise sobre o processo de gestão. Para ele o processo de gestão é o lado criativo das organizações, pois através da junção de cientificidade e da criatividade os gestores conseguem ler as demandas contextuais e esforçam-se para adaptar as suas organizações a contextos voláteis. A gestão é uma habilidade artesanalmente construída, que permite aos artífices desse conhecimento conceber, elaborar e conduzir as organizações. Na gestão da organização os requisitos do gestor são ter conhecimento técnico metódico e comprovado e ser criativo, dado

que a gestão envolve o aparato de instrumentos gerenciais e exige do gestor uma complexa habilidade em manejá-los.

Em relação às práticas e instrumentos gerenciais, Matus (1993) acredita que com a introdução de novas práticas será possível viabilizar uma gestão de alta qualidade. Estas novas práticas gerenciais se confundem com a proposta de seu sistema de direção estratégica, que deve ser apoiado pelos subsistemas de planejamento estratégico, de sistema de informações, etc. dado que estes têm uma mútua dependência.

Assim, definir um conceito de gestão é uma tarefa complexa, pois sua construção é dialética, o que torna fundamental refletir sobre seus diferentes significados e âmbitos.

Na área da saúde, a gestão é reconhecida como a direção ou condução de processos políticos-institucionais relacionados ao sistema de saúde, eminentemente conflituosos ou contraditórios, ainda que nos níveis técnico-administrativo e técnico-operacional desenvolvam-se ações de planejamento, organização, gerenciamento, controle e avaliação dos recursos humanos, financeiros e materiais empregados na produção de serviços de saúde (PAIM, 2003).

A natureza da gestão na área da saúde é uma resposta às necessidades da população. Portanto, o gestor deve utilizar os diversos saberes científicos e técnicos para gerir um sistema de saúde cuja complexidade ética e política exigem racionalidade objetiva e ação instrumental.

Lidar com demandas sociais requer a comunicação e o uso da subjetividade para definir as práticas institucionais de saúde. Diante disso, destacamos que as diferentes condições demográficas, epidemiológicas e sócio-econômicas nos estados e regiões brasileiras geram distintos perfis de problemas, dificuldades e prioridades no espaço local e regional de intervenção setorial, exigindo do gestor, enquanto representante dos entes federados, o uso da razão e da subjetividade.

Na saúde, como os objetivos da gestão devem estar direcionados para o atendimento de demandas e necessidades sociais peculiares a cada espaço territorial, a ação governamental nos entes federados deriva das relações entre as esferas de governo no terreno da política e da participação do coletivo, no terreno da política e do social, aí inclusos os trabalhadores e os demais cidadãos.

Para Merhy (1999) qualquer tentativa de receita para a gestão em saúde terá de enfrentar a tensão constitutiva deste campo nos terrenos da política e do processo de trabalho, que conformam as bases para o conjunto das organizações de saúde. No espaço organizacional se opera cotidianamente a produção dos modelos de atenção através de

práticas em permanente estruturação, num processo ontologicamente conflituoso, conforme os sujeitos coletivos em cena.

Portanto, o gestor deve ser capaz de articular sua prática profissional com a racionalidade técnico-sanitária, com os conflitos que aí se inscrevem quanto às necessidades sociais, à justiça social e a conquista do direito à saúde com as razões do Estado, e com os sistemas já existentes de saúde e suas modalidades de organização institucional (SCHRAIBER *et al.*, 1999).

Assim, considerando que o processo de gestão se dá no âmbito privado e público, apresentamos a seguir uma discussão sobre a gestão pública por ser este o contexto do nosso estudo.

## 2.2 GESTÃO PÚBLICA

A partir da discussão sobre gerência e gestão, introduzimos na discussão alguns esclarecimentos assumidos nesse estudo sobre a gestão pública, também chamada administração pública.

A administração pública é uma expressão genérica relacionada a todo o conjunto de atividades envolvidas no estabelecimento e na implementação de políticas e programas públicos (PINHO e NASCIMENTO, 1993). Para Meirelles (1999) a administração pública é a gestão de bens e interesses da coletividade no âmbito federal, estadual ou municipal.

A natureza da administração pública é a de um *múnus* público para quem a exerce, isto é, a de um encargo de defesa, conservação e aprimoramento dos bens, serviços e interesses da coletividade. Como tal impõe-se ao administrador público a obrigação de cumprir fielmente os preceitos do Direito e da Moral administrativa que regem a sua atuação. Ao ser revestido em função ou cargo público, todo agente do poder assume para com a coletividade o compromisso de bem servi-la, porque outro não é o desejo do povo, como legítimo destinatário dos bens, serviços e interesses administrados pelo Estado (MEIRELLES, 1999, p.80).

Portanto, a administração pública compreende o espaço de tomada de decisões a partir da mediação de demandas e a administração de recursos. Assim, podemos falar em

administração pública aludindo aos serviços públicos<sup>1</sup> e as instituições e empresas particulares que colaboram com o estado no desempenho de serviços de utilidade pública.

A gestão pública tem sido abordada num contexto de reformas administrativas que discutem sobre o Estado, especialmente o governo, a política e a administração. Teixeira (s/d) destaca que a reforma do Estado representa uma mudança nas relações entre atores e agentes políticos, não sendo apenas uma alteração do organograma do governo. No entanto, afirma que tais mudanças implicam em novos desenhos das formas de organização e gestão dos governos centrais, regionais e locais.

Muitas das propostas reformistas apresentadas por estudiosos da administração e como experiências vivenciadas por distintos países originaram-se de crises de governo e de Estado que demandaram a adoção de novas estratégias gerenciais. Portanto, a necessidade de um novo modelo de reforma surgiu, inicialmente, da incapacidade do paradigma burocrático de gestão para dominar a complexidade crescente das atividades coletivas, que exige do gerente liberdade para tomar decisões, além de requerer deste mais conhecimento, informações, autonomia e compromisso com relação aos resultados (CENTRO..., 1999).

A administração pública burocrática tem como aspecto fundamental a idéia da profissionalização do corpo de funcionários e do sistema por mérito. Tinha como propósito fortalecer um núcleo estratégico ocupado por uma burocracia funcional, e no entanto esses espaços de burocracia conviveram com a persistência do patrimonialismo em vários setores, e com o preenchimento dos cargos do alto escalão por meio de práticas clientelistas. Portanto, a burocracia passa a ser vista como um impedimento à gestão eficiente, atendendo aos interesses corporativos em detrimento dos interesses coletivos. Ademais, transformou-se num modelo organizacional auto-referido, orientado por regras e normas pretensamente universais e não conforme as expectativas dos cidadãos, isto é, voltado mais para a afirmação do poder do Estado e da burocracia estatal do que para responder às demandas dos cidadãos (CENTRO..., 1999).

Portanto, o caráter burocrático da administração pública é centrado na eficiência técnica, ou seja, nas dimensões econômico-financeiras e institucional-administrativa, relegando ao segundo plano a democratização e o interesse público. Entretanto, o desequilíbrio entre tais dimensões fragiliza a gestão pública, visto que esta deve atender às demandas e necessidades da população.

---

<sup>1</sup> “Serviço público é todo aquele prestada pela Administração ou por seus delegados, sob normas e controles estatais, para satisfazer necessidades essenciais ou secundárias da coletividade ou simples conveniências do Estado” (MEIRELLES, 1990, p. 297).



Considerada a forma burocrática de administração pública, destacamos que a literatura aborda distintos modelos, que por sua vez retratam as experiências vivenciadas por diferentes países. Logo, não existe o modelo ideal de reforma, e sim princípios e orientações de distintos modelos que podem ser adaptados às realidades locais. Portanto, nos cabe conhecer as propostas reformistas, as críticas que são feitas a elas e destacar as estratégias bem sucedidas que são adotadas pelo Estado.

Considerada a forma burocrática da administração pública, destacamos que embora a literatura aborde distintos modelos, estes retratam as experiências vivenciadas por diferentes países. Logo, não existe o modelo ideal de reforma, e sim princípios e orientações de distintos modelos que podem ser adaptados às realidades locais.

Teixeira (s/d) identifica dois paradigmas que, segundo ela, conduzem à reforma do Estado e fornecem instrumentos necessários à sua implementação: o novo gerencialismo e a perspectiva democratizante. O novo gerencialismo representa o conjunto de discussões sobre a transição do paradigma burocrático para um novo paradigma gerencial que considere as transformações no meio e incorpore instrumentos gerenciais provados com êxito no mercado. Quanto à contribuição democratizante, esta consiste na busca da transformação da gestão pública a partir da necessidade de democratizar o próprio Estado e adequar a função gerencial a uma realidade cada vez mais complexa e de mudança.

A proposta de democratização do Estado requer transformação tanto do Estado como da sociedade, além do rompimento do monopólio de poder por meio da participação cidadã e igualitária como método de mudança da relação Estado e sociedade. Neste sentido a reforma deve ser vista da perspectiva da promoção da cidadania, empoderando os cidadãos e criando espaços de participação na gestão pública (TEIXEIRA, S/D).

Paula (2005) apresenta as três dimensões que considera fundamental para a construção de uma gestão pública democrática, que seria o modelo para a gestão da política de saúde brasileira \_ o SUS: a dimensão econômico-financeira, que envolve questões de natureza fiscal, tributária e monetária; a dimensão institucional-administrativa, que abrange as dificuldades de planejamento, direção e controle das ações estatais, bem como os problemas de organização e articulação dos órgãos que compõem o aparato estatal; a dimensão sócio-política, que envolve os direitos dos cidadãos e sua participação na gestão pública, compreendendo as relações entre o Estado e a sociedade.

Outros autores apresentam classificação diferenciada da administração pública. Martins (1997) apresenta três tipos de administração, os quais têm um caráter dicotômico quanto à política e administração típica da burocracia. A administração ortodoxa, do ponto de vista

organizacional é uma proposta de aumento da produtividade do executivo federal, centrada na racionalidade burocrática, com ênfase nas tecnologias gerenciais e na prescrição de reformas que apontam a consolidação da administração pública atuante, baseada na expansão efetiva do Estado para responder aos desafios sociais. O tipo liberal se contrapõe à visão ortodoxa no sentido de que propõe um modelo de administração baseado na lógica do mercado. Logo, reduz a utilidade das organizações públicas às finalidades do mercado e se baseia na adequação do equipamento administrativo do Estado às finalidades mínimas de um Estado de direito. Já a administração empresarial se baseia na prescrição de técnicas originalmente empresariais, tais como a reengenharia, a qualidade total, o redimensionamento, etc. transferidas para a gestão de organizações públicas.

Martins (1997) argumenta que estes três tipos ou paradigmas de administração pública se originam com sentidos divergentes e dicotômicos, desintegrando assim a política e a administração. O tipo ortodoxo se centra na construção institucional de uma administração pública no molde de Weber, entre o Estado e a burocracia, distante da política. O liberal se centra em uma administração pública mínima, com base no estrito controle político do mercado. Já a administração empresarial se centra na adoção de métodos de gestão e evolução empresarial aplicados às organizações públicas.

O Centro Latino-Americano de Administração para o Desenvolvimento (Clad) também tem seu posicionamento sobre os modelos reformistas. O Clad acredita que a reconstrução da administração pública se dá por meio da reforma gerencial, o que ocorre em um número crescente de países, pois segundo o Centro, é a que oferece as melhores respostas aos desafios econômicos, sociais e políticos presentes na América Latina, dado que se constitui numa proposta que tem como aspecto fundamental aumentar a governança para melhorar a governabilidade democrática do sistema político (CENTRO..., 1999).

Este modelo gerencial tem como inspiração as transformações organizacionais ocorridas no setor privado, as quais têm alterado a forma burocrático-piramidal de administração, flexibilizando a gestão, diminuindo os níveis hierárquicos e, por conseguinte, aumentando a autonomia de decisão dos gerentes \_ daí o nome gerencial. Com essas mudanças, saiu-se de uma estrutura baseada em normas centralizadas para outra, ancorada na responsabilização dos administradores, que são avaliados pelos resultados efetivamente produzidos (CENTRO..., 1999).

Em resumo, a reforma gerencial procura aumentar a eficiência, a efetividade e a democratização do poder público e, a partir disso, fortalecer a capacidade do Estado para promover o desenvolvimento econômico e social. Além disso, a implantação bem-sucedida do

modelo gerencial capacitará o Estado a oferecer fundamentos macroeconômicos estáveis, criando condições para a elevação do investimento privado nacional e multinacional, bem como para aumentar a competitividade internacional dos países da América Latina.

Na tentativa de uma reforma administrativa no Brasil, em 1995 foi proposta por Bresser Pereira, ministro da Administração Pública e da Reforma do Estado no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), uma Emenda Constitucional como instrumento para a reforma administrativa. Esta apontava modificações nas decisões da Assembléia Nacional Constituinte de 1988, que estabelecia para o setor público regras de um sistema burocrático.

Esta Emenda Constitucional foi parte da denominada reforma gerencial. Tinha como principais pontos: a supressão da imobilidade no cargo; supressão no regime único de relações de trabalho no setor público; aceitação de formas plurais de organização do Estado; criação de mecanismos para reduzir os salários dos empregados do setor público; redefinição das competências dos três poderes em aspectos relacionados com a gestão organizacional e de pessoal. Considerada a pretensão desses pontos da proposta, a retórica persuasiva, a trajetória política e as credenciais de Bresser convenceram ao Presidente e alguns ministros, como o da Fazenda que a reforma administrativa devia integrar o grupo de reformas estruturais que se deveria investir naquele governo. Além dessas habilidades de Bresser, ele assumiu uma argumentação que vinculava a reforma administrativa com a consolidação do Plano Real e, simultaneamente, com o apoio dos governadores ao projeto (GAETANI, 2000).

Logo, o apoio do governo, o debate aberto acerca do tema com posicionamentos favoráveis, a imagem projetada por um desenho apropriado e a funcionalidade econômica da reforma contribuíram para explicar o avanço da proposta na agenda governamental. Portanto, em 1995 a reforma administrativa ganhou importância de agenda política, tendo afirmado sua jurisdição sobre duas importantes áreas da gestão pública: o desenho estatal e o serviço civil.

Segundo Gaetani (2000), embora tivesse ganhado espaço nas discussões governamentais, a trajetória desta proposta foi marcada pela morosidade da sua aprovação devido a fatores institucionais, e pela reduzida amplitude de mudança que provocaria, dada a menor aptidão da estrutura institucional do sistema de governo brasileiro para a implementação de mudanças políticas. Destacamos que no Brasil o Poder Legislativo desempenha um papel importante, dado que pode bloquear e modificar as iniciativas do Executivo, condição que caracteriza a natureza fragmentada do sistema político brasileiro.

Superado as críticas do Legislativo, o projeto teve aprovação no Senado. Entretanto, dois outros fatores ganharam prioridade para a aprovação no Congresso: a reforma da Previdência Social e a proposta de reeleição presidencial. Esses fatos prorrogaram a

aprovação da reforma para o ano de 1998, às vésperas da eleição que definiu o segundo mandato de FHC, com o desfecho da sua reeleição.

Dentre as explicações para o fim da reforma do Estado proposta por Bresser estão o não comprometimento efetivo e o distanciamento do presidente com respeito aos temas operacionais da reforma; a não adesão de ministros da linha de frente como os da Saúde e da Educação e finalmente a designação de Bresser para o Ministério da Ciência e Tecnologia, o que culminou na sua decisão de deixar o governo (GAETANI, 2000).

Enfim, a partir da discussão apresentada sobre os diferentes modelos de reformas da administração pública trazemos a referência de Castells *apud* Teixeira (s/d) sobre a necessidade de “pensar a estrutura do Estado como uma rede, com funcionamento flexível e uma forma política variável capaz de processar as informações e assegurar o processo de decisões compartilhadas”. Portanto, enquanto Estado-rede deve-se pensar uma nova gerência com transparência administrativa, participação cidadã, e como refere Martins (1997), com interação entre política e administração visando atender aos requisitos de inserção social e regulação política.

Portanto, no campo da gestão em saúde a flexibilidade, o compartilhamento de ações e decisões e a transparência administrativa podem ser considerados requisitos adotados pelos dirigentes para o exercício de sua prática gestora nos diversos âmbitos de atuação, seja na gestão do sistema ou na gestão dos serviços.

### 2.3 POLÍTICA DE SAÚDE: A CONSTRUÇÃO DO SUS COMO POLITICA PÚBLICA

A política pública do Estado brasileiro contemporâneo é caracterizada por intensas relações de cooperação e conflito, além da participação de diferentes atores e esferas de governo. Isto justifica a necessidade permanente de criação de estruturas de negociação e pactuação como instrumentos da relação inter-governamental, sem o que dificilmente implantar-se-iam políticas e programas públicos, dado os variados graus de capacidade administrativa das diferentes esferas de governo e das organizações de saúde.

O SUS surge como política de saúde com uma estrutura institucional complexa para coordenar as ações dos três âmbitos de governo e de provedores de serviços de saúde públicos e privados. O seu modelo exige a coordenação de ações entre diferentes instâncias governamentais, reordenadas de acordo com uma proposta de regionalização que vise à

otimização dos recursos disponíveis (VIANA, LIMA E GONDIM, 2002). Nesse sistema de saúde as relações inter-governamentais compreendendo o financiamento, a administração e a política devem ser compartilhadas, pois o acesso aos serviços é obtido mediante acordos e pactos, tendo em vista a desigualdade da sua distribuição no território nacional.

Na distribuição das funções entre as esferas de governo, a União está encarregada do financiamento e formulação da política nacional de saúde, bem como da coordenação das ações inter-governamentais. Isto significa que o governo federal, através do Ministério da Saúde, tem autoridade para tomar as decisões mais importantes nesta política setorial. Neste caso, as políticas implementadas pelos governos locais são fortemente dependentes das transferências de recursos financeiros do governo federal e das regras definidas pelo Ministério da Saúde, influenciando as escolhas dos governos locais e afetando sua agenda de governo (ARRETCHE, 2004b).

A regulamentação do SUS se processou através da Lei Orgânica da Saúde. A Lei 8080/90 disciplina a descentralização político-administrativa do SUS, enfatizando seus aspectos de gestão e financiamento, e regulamentando as condições para sua promoção, proteção e funcionamento. A Lei 8142/90 regulamenta a participação da comunidade no controle da gestão, bem como as transferências inter-governamentais de recursos financeiros (ANDRADE, PONTES e JUNIOR, 2000).

Como forma de operacionalização do SUS criou-se instrumentos normativos com o objetivo de regular as transferências de recursos financeiros da União para os estados e municípios, o planejamento das ações de saúde e os mecanismos de controle social. Como forma de garantir a flexibilidade do processo de descentralização, e respeitar a diversidade das realidades municipais e estaduais assegurou-se instâncias de negociação e pactuação entre os gestores do SUS, como as Comissões Intergestores.

Nos anos 90 a política de descentralização em saúde no Brasil ficou marcada por uma forte indução pela esfera federal, através da formulação e implementação de instrumentos reguladores próprios, como as Normas Operacionais Básicas (NOB) e a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS). Embora não expressem estratégias meramente indutivas ou constrangedoras da descentralização, as normas configuram outros espaços de negociação e de pactuação de interesses na área da saúde.

As normas definem a forma de transferência de recursos entre as esferas de governo e as modalidades de pagamento dos serviços de saúde, além de instruírem o processo de descentralização e de construção de uma rede de serviços capazes de operar com racionalidade sistêmica.(VIANA, LIMA e GONDIM, 2002).

Dentre as normas operacionais criadas pelo Ministério da Saúde, a NOB/91 introduziu o princípio da habilitação ao SUS, mecanismo mediante o qual os estados e municípios poderiam aderir à política federal de descentralização, subordinando-se às regras federais e capacitando-se a receber as transferências oriundas dessa esfera de governo (ARRETCHE, 2004b).

Portanto, a NOB 91 formaliza a gestão compartilhada do SUS, haja vista que a interdependência de municípios, estados e União torna-se condição indispensável para o cumprimento das responsabilidades de cada esfera, conforme estabelecido pelo processo de descentralização.

A NOB 93 estimulou o movimento municipalista na área da saúde e estabeleceu as transferências fundo a fundo entre as instâncias gestoras do SUS, conforme previsto na Lei Orgânica da Saúde. Além disso, institucionalizou a participação de estados e municípios no processo de formulação das regras da descentralização, através da criação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) como espaços de negociação. A CIT, assim como a CIB no plano estadual, deveria funcionar como um mecanismo de contraposição à concentração de autoridade que a distribuição de funções confere ao poder executivo. A NOB 93 significou o fortalecimento do princípio da interdependência entre os entes federativos, o que contribuiu de forma significativa para o processo de gestão compartilhada em saúde (CORDEIRO, 2001).

As transferências automáticas entre fundos de saúde propiciaram, por um lado, maior autonomia do gestor municipal, e, por outro, descentralizaram os recursos da saúde, estendendo-os aos milhares de municípios que, até então, não haviam sido contemplados com repasses federais. Entretanto, estes repasses estariam vinculados à oferta de determinados serviços ou organização de programas de saúde, caracterizando a centralidade do governo federal.

Com a municipalização dos serviços públicos foram transferidas atividades até então desempenhadas no âmbito federal para os municípios. Este novo modelo se baseia na separação entre financiamento e provisão dos serviços, ficando o financiamento a cargo das três esferas de governo e a provisão dos serviços sob a responsabilidade dos municípios.

Quanto à NOB 96, esta estabeleceu a plena responsabilidade do poder público municipal sobre a gestão de um sistema de saúde, e não somente sobre a prestação de ações e serviços, através de duas categorias de gestão: a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal. A primeira credencia o gestor municipal para, prioritariamente, elaborar a programação municipal dos serviços básicos; gerenciar unidades ambulatoriais

próprias e contratar, controlar, auditar e pagar aos prestadores de serviços, procedimentos e ações de assistência básica. A segunda modalidade de gestão possibilita a elaboração da programação municipal, inclusive a de prestação de assistência ambulatorial especializada e hospitalar, conferindo assim aos municípios a ampliação de sua responsabilidade no tocante às necessidades de saúde da população. Cria-se um instrumento de negociação entre os gestores do SUS \_ a Programação Pactuada Integrada (PPI) \_ que define metas, responsabilidades e referências intermunicipais com base nos tetos orçamentários estabelecidos. Este instrumento, dentre outros, veio fortalecer, em tese, o processo de gestão do SUS, visto ser da natureza do sistema a partilha de responsabilidades para a sua efetivação.

Em 2001 a portaria ministerial que cria a Norma Operacional de Assistência à Saúde destaca o papel da instância estadual no processo de regionalização da saúde, nos aspectos relativos ao planejamento, programação, controle e investimentos. Propõe instrumentos de regionalização conduzidos pelas secretarias estaduais e a ampliação da capacidade de gestão do SUS, contribuindo assim para a gestão compartilhada em saúde (BRASIL, 2001).

Na análise de Viana *et al.* (2002) cada norma criou uma série de contradições que passaram a ser resolvidas pela norma subsequente, numa tentativa ascendente de adequar o processo de descentralização setorial à racionalidade sistêmica, aos modelos de atenção à saúde e ao financiamento (federativo e dos prestadores privados). Portanto, a capacidade indutiva dessas normas se estende às prioridades dos governos locais na gestão de seus sistemas de saúde.

As sucessivas normas ministeriais repercutiram também sobre o processo de gestão de forma descontínua, visto que foram sobrepostas umas às outras sem que fossem cumpridas e avaliadas suas repercussões (VIANA *et al.*, 2002; CARVALHO, 2001). No entanto, destacamos que a maior contribuição das normas para a gestão do SUS está nos instrumentos de gestão criados e no processo de municipalização implantado.

Após a publicação das sucessivas normas, sendo a última a NOAS 2001, com atualização em 2002, o Ministério da Saúde publicou recentemente, em fevereiro de 2006, uma portaria que traz novas prerrogativas para a consolidação do SUS.

O documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde, publicado através da Portaria/GM n. 399, de 22 de fevereiro de 2006, contempla um pacto firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Esse Pacto apresenta mudanças significativas para a execução do SUS, dentre as quais ressaltamos: a substituição do atual processo de habilitação dos municípios pela adesão solidária dos gestores do SUS aos Termos de Compromisso de Gestão; a regionalização solidária e cooperativa como eixo do

processo de descentralização das ações e serviços de saúde e de sua gestão; a integração das várias formas de repasse dos recursos federais; e a unificação dos vários pactos hoje existentes (BRASIL, 2006).

No que se refere à gestão, o Pacto em Defesa do SUS reafirma as ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o projeto do SUS como uma política de Estado e não de governos, e defender vigorosamente os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal (BRASIL, 2006).

Em relação ao Pacto de Gestão, este estabelece as responsabilidades de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claras as atribuições de cada âmbito de governo, contribuindo para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. Mantém a territorialização como base para a organização dos sistemas através da organização e funcionamento das regiões sanitárias e dos colegiados de gestão regional. E reafirma como suas diretrizes a: Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

A fim de consolidar o sistema de saúde brasileiro o Pacto pela Saúde 2006 estabelece, como forma de sustentar o processo de gestão do SUS, uma declaração pública dos compromissos assumidos pelo gestor na sua condução, documento este intitulado Termo de Compromisso de Gestão, no qual consta de forma clara e determinada os compromissos do gestor de cada esfera. Este documento destaca as ações específicas de cada esfera de governo, antes não discriminadas de forma clara pelas normas operacionais, e que, se executadas, permitirão a gestão efetiva da saúde.

A partir do conteúdo do Pacto pela Saúde 2006, no compartilhamento da gestão da saúde todo município é responsável pela integralidade da atenção à saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o estado e a União. Portanto, dentre as responsabilidades gerais do município para a gestão do SUS destacamos: promover a equidade na atenção à saúde, considerando as adversidades locais; assumir integralmente a gestão da rede pública de serviços de atenção básica, desde o planejamento até a avaliação das ações e serviços, incluindo as ações de vigilância em saúde; participar do financiamento tripartite do SUS; organizar o acesso da atenção à saúde de forma resolutiva e humanizada; organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada e de acompanhamento fora do território; garantir a estrutura física para a realização das ações de atenção básica e garantir a estrutura farmacêutica e o acesso da população aos medicamentos (BRASIL, 2006).



No delineamento do processo de gestão no contexto da descentralização, conformação e sustentação da política pública de saúde destacamos que a sua concretização se dará inevitavelmente pelo compartilhamento de ações e decisões entre os entes federados, representados pelos gestores, prestadores, trabalhadores de saúde e usuários. Portanto, estes atores devem estar envolvidos no exercício das macro-funções gestoras em saúde para que a gestão compartilhada do SUS se transforme num processo cotidiano da execução da política de saúde.

#### 2.4 GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE: O EXERCÍCIO DAS MACRO-FUNÇÕES GESTORAS

As macro-funções gestoras, definidas por Noronha, Lima e Machado (2005, p. 64) foram identificadas nos campos da atenção à saúde partindo do princípio de que “o arcabouço institucional do SUS prevê uma série de instâncias de negociação e decisão envolvendo a participação dos diferentes níveis gestores do sistema e dos diversos segmentos da sociedade”. Ao analisarem as funções definidas pelas normas operacionais do SUS, os autores concordam que a operacionalização do sistema se caracteriza por atribuições concorrentes, fazendo-se necessário a negociação e a formação de acordos entre as esferas de governo envolvidas, caracterizando o compartilhamento do exercício da gestão pública.

Apresentamos, então, as macro-funções gestoras em saúde segundo Noronha, Lima e Machado (2005):

- 1) Formulação de políticas e planejamento, função que tem sido compartilhada entre os gestores do SUS, embora não de forma homogênea;
- 2) Financiamento, ainda condicionado a ações e programas específicos;
- 3) Coordenação, regulação, controle e avaliação de ações, bens e serviços e dos sistemas de saúde;
- 4) Prestação direta de ações e serviços de saúde.

Segundo os autores referidos, as macro-funções gestoras devem ser um exercício comum às três esferas de governo. Na formulação de políticas e planejamento os esforços e as iniciativas dos representantes dos entes federativos para elaboração dos seus instrumentos de gestão e para o planejamento das suas ações representam o exercício dessa função gestora.

Quanto ao financiamento, este se refere ao custeio das ações e serviços do SUS, que exige a transferência de recursos federais para os estados e municípios.

Na macro-função de coordenação, regulação, controle e avaliação do SUS cabe ao município, em especial, organizar a porta de entrada do sistema, estruturar a rede básica, estabelecer fluxo de referência e contra-referência e buscar integrar a rede de serviços e se articular com outros municípios. Entretanto, a União deve elaborar normas de orientação quanto à regulação do sistema e avaliação do seu desempenho, as quais serão utilizadas pelos gestores estaduais e municipais.

Quanto a prestar diretamente serviços e ações de saúde a seus munícipes, a transferência de recurso federal vem ocorrendo, o que tem permitido a ampliação da oferta de serviços nos municípios.

Ao analisarmos as macro-funções gestoras torna-se claro que a primeira e a segunda são desenvolvidas num plano macro-estrutural. No entanto, as funções de coordenação, regulação, controle e avaliação podem ser desenvolvidas no plano macro e micro-estrutural, enquanto a quarta função, ou seja, a prestação direta de ações e serviços de saúde se dá no plano micro-estrutural. Portanto, todas as funções requerem o exercício compartilhado da gestão para a sua execução. Assim entendemos que a gestão compartilhada do SUS se sustenta mediante a atuação de diferentes atores no desenvolvimento das funções gestoras.

As macro-funções gestoras guardam relação com as dimensões que conformam o processo decisório para a gestão em saúde. Segundo Guimarães *et al.* (2005) o processo de gestão tem a decisão como elemento central e se revela através de três dimensões: uma dimensão organizacional, que evidencia o formato do processo decisório (explicitando o quê se decide e o como se decide) e está relacionada com a formulação de políticas e planejamento; uma dimensão operacional (onde se explicita a capacidade de executar as decisões tomadas) e que indica iniciativas de gestão no sentido de manter e ampliar as condições logísticas e gerenciais da organização, relacionando-se com a coordenação, regulação, controle e avaliação de ações, bens e serviços, e a dimensão da sustentabilidade, que revela como os gestores constroem a capacidade de sustentar os resultados de gestão, o que guarda relação tanto com as macro-funções de coordenação, regulação, controle e avaliação de ações, bens e serviços e da prestação direta de ações e serviços de saúde.

Assim, entendemos que o processo decisório é inerente ao processo de gestão, e que este acontece mediante a articulação dos atores inseridos, direta ou indiretamente, neste processo, a exemplo do secretário da Saúde, diretores, coordenadores, gerentes e demais profissionais da saúde.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Para analisar a gestão do SUS municipal optamos por uma abordagem qualitativa do tipo exploratória. Concordamos com Minayo (1999) quando afirma que a pesquisa qualitativa nos permite compreender a realidade concreta, os fenômenos e os processos sociais, tornando-se adequada para os estudos das práticas de saúde e das relações que se estabelecem entre os distintos sujeitos, no exercício destas práticas.

Polit e Hungler (1995) explicam que a pesquisa qualitativa é também caracterizada como holística e naturalista, quando se preocupa com os sujeitos inseridos em seu ambiente, considerando a complexidade deste, o que é o caso do estudo proposto.

A maior preocupação da pesquisa qualitativa é com a realidade em que acontece o processo investigado. Portanto, neste estudo o nosso interesse é analisar a gestão do SUS municipal, bem como a atuação da enfermeira no desenvolvimento das funções gestoras.

Neste estudo utilizamos como estratégia de pesquisa o estudo de caso. Segundo Yin (2005) o estudo de caso é uma estratégia de pesquisa utilizada quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco do estudo se encontra em fenômenos contemporâneos e sociais complexos, inseridos em algum contexto da vida real, o que se adequa ao estudo projetado.

O estudo de caso permite que numa investigação se preservem as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real, o que é adequado para o estudo da gestão do SUS num âmbito local.

Desenvolvemos um estudo de caso único, o qual tem como etapa fundamental a definição da unidade de análise (ou o próprio caso), que neste estudo foi a gestão do SUS de um município baiano.

O estudo de caso único se justifica sob certas condições. Primeiro, quando o caso representa um teste crucial da teoria existente; ou uma circunstância rara ou exclusiva; ou um caso típico ou representativo, ou quando o caso serve a um propósito revelador ou longitudinal. Desenvolvemos um estudo considerado um caso típico ou representativo, o qual parte do princípio de que as lições que se aprendem desses casos fornecem muitas informações sobre as experiências desenvolvidas e tem como objetivo compreender as

circunstâncias e as condições de uma situação lugar-comum ou do dia-a-dia (YIN, 2005). Isto porque o município estudado é considerado um caso exemplar da implementação do SUS na Bahia. Dentre os seus destaques, Vitória da Conquista foi reconhecida e premiada pelo Ministério da Saúde como modelo para ser seguido por outros locais, e é o município pioneiro da Bahia na realização de um processo de licitação para compra de serviços de saúde junto a prestadores privados para a rede SUS (PESTANA, 2002). Um outro fator na seleção do município é que em todas as funções gestoras da saúde encontram-se enfermeiras e esta categoria profissional é quem predominantemente exerce as macro-funções gestoras no plano macro estrutural da secretaria municipal.

### 3.2 LÓCUS DO ESTUDO

Escolhemos como lócus deste estudo o município de Vitória da Conquista, na Bahia. Este faz parte da Região Sudoeste do estado e, segundo o Plano Diretor de Regionalização da Bahia (2004), está localizado na Macrorregião Sudoeste.



Fonte: BAHIA, 2005.

O município de Vitória da Conquista foi escolhido através de quatro critérios, sendo três deles estabelecidos no macro projeto do qual este estudo é parte: por ter mais de dois anos de habilitação na gestão plena do sistema municipal da saúde; ter uma população maior que 100.000 habitantes, ou seja, 262. 494 habitantes segundo o Ibge (2005) e possui uma experiência considerada como consolidada de implantação do SUS. Para a finalidade desse estudo um quarto critério de escolha foi que, dentre os municípios identificados para o macro projeto, Vitória da Conquista era o que se destacava pela presença de enfermeiras em todas as macro-funções gestoras, caracterizando-o como um caso representativo.

O município de Vitória da Conquista possui uma localização privilegiada, ao se situar num entroncamento de diversas rodovias, sendo ponto de passagem para as principais cidades do estado da Bahia e do norte de Minas Gerais.

Na área da educação, a secretaria municipal de Vitória da Conquista desenvolve programas de orientação pedagógica, executa programas que garantem a qualidade de ensino nas zonas urbana e rural, mantém uma política continuada de valorização do professor, faz um acompanhamento especial da merenda escolar, elabora planos e firma convênios (PREFEITURA..., 2005).

Quanto à área social, a secretaria de Desenvolvimento Social executa uma série de programas, vários deles em convênio com o Governo Federal. Dentre eles: Rede de Atenção e Defesa da Criança e do Adolescente, Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI, Programa Sentinela e Bolsa Família (PREFEITURA..., 2005).

Na área da cultura e de serviços públicos, o município de Vitória da Conquista também merece destaque. A secretaria municipal da Cultura, Turismo, Esporte e Lazer busca promover políticas de incentivo à cultura do município, em suas diversas formas de manifestação, e ações de preservação da cultura popular, assim como, incentivar a prática desportiva e as atividades de lazer. A secretaria de Serviços Públicos executa as atividades relativas à prestação e à manutenção dos serviços públicos locais, tais como: limpeza pública, administração dos cemitérios, mercados e feiras livres e iluminação pública (PREFEITURA..., 2005).

Vitória da Conquista foi reconhecida pelo Ministério da Saúde como modelo a ser seguido por outros locais, recebeu o prêmio “Saúde Brasil: o retrato da saúde da família” e em 1999, durante a 1ª Amostra Nacional de Produção em Saúde da Família, recebeu o “Prêmio Saúde Brasil – Uma questão de qualidade”, na categoria Reconhecimento Público. Este último foi o reconhecimento do trabalho desenvolvido no município e das ações inovadoras implementadas (PESTANA, 2002).

Outros prêmios também fazem de Vitória da Conquista um município de destaque, a exemplo, o prêmio de Gestão Pública e Cidadania, da Fundação Ford e Fundação BNDES e o prêmio chamado CONIP/ Excelência e Informática Pública, pelo melhor programa de informática para a área de saúde, numa competição nacional (LISBOA, 2004).

Segundo um estudo realizado por Pestana (2002) sobre as práticas de avaliação na gestão descentralizada da saúde de Vitória da Conquista, pode-se evidenciar a evolução da descentralização da gestão da saúde neste município através da análise do crescimento das receitas provenientes da transferência de recursos. Foi, então, a partir de abril de 1998 que a Secretaria Municipal de Saúde começou a receber recursos do Piso de Atenção Básica (PAB) e outros incentivos a exemplo do PACS e do PSF. Em 1999 o município assumiu a Gestão Plena do Sistema Municipal e passou a receber recursos destinados à atenção especializada de média complexidade e à atenção hospitalar.

Pestana (2002) afirma, neste mesmo estudo, que o município de Vitória da Conquista tem se destacado por várias ações inovadoras no campo da saúde. É o pioneiro da Bahia na realização de um processo de licitação para compra de serviços de saúde junto a prestadores privados para a rede SUS, além da formação de parcerias intersetoriais que é um aspecto chave na gestão em saúde. O município também tem realizado convênios com muitas instituições, como exemplo a Universidade Federal da Bahia (Ufba), visando o treinamento dos profissionais das equipes de agentes comunitários de saúde e os agentes de saúde da família.

Atualmente, o sistema de saúde em Vitória da Conquista é municipalizado e a secretaria da Saúde gerencia 36 equipes de saúde da família, o que representa uma cobertura de 63% em todo o município. Toda a zona rural é coberta pelo Programa de Saúde da Família. A secretaria municipal da Saúde desenvolve diversos programas e administra uma série de serviços especiais que contribuem para a melhoria da qualidade de vida aos usuários do SUS. Convênios com órgãos estaduais e federais são firmados a fim de garantir o acesso a uma rede de serviços e vão desde a atenção básica até atendimentos de alta complexidade. Dentre as responsabilidades da SMS estão: o Centro de Atenção Psicossocial (Caps II); o Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e Drogas (Caps/ad); o Centro de Referência DST/Aids; a Farmácia Popular; o Samu 192; a Central de Marcação de Consultas; o Centro Especializado em Odontologia (CEO); o Centro Municipal Especializado em Reabilitação Física (Cemerf); o Controle de Endemias; o Laboratório Municipal e os 163 mini-postos rurais que atendem a população que vive no campo (PREFEITURA..., 2005).

Portanto diante dos critérios de seleção adotados e do quadro avançado de implantação do SUS neste município, buscamos analisar a gestão do SUS municipal de Vitória da Conquista já que previamente sabe-se que a gestão descentralizada e municipalizada caracterizam essa realidade local.

O estudo abrangeu o período da atual gestão municipal, iniciada em janeiro de 2005. O trabalho de campo foi realizado durante os meses de maio e junho de 2006, sendo iniciado imediatamente após o recebimento do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

### 3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Participaram como sujeitos deste estudo quinze informantes enfermeiras ocupantes em todas as macro-funções gestoras e nos diversos espaços da SMS, sendo apenas um sujeito do sexo masculino. Daí a razão de termos utilizado na redação deste estudo o termo enfermeira, por uma predominância de gênero.

As informantes enfermeiras foram classificadas em três grupos: as enfermeiras gestoras formalmente instituídas \_ que assumem cargos de macro-direção, gerência intermediária, coordenação, chefia, etc.; as enfermeiras conselheiras de saúde \_ membros do Conselho Municipal de Saúde ou de conselhos locais; e as enfermeiras assistenciais responsáveis pela prestação direta de serviços e ações de saúde, e que também são coordenadoras do processo de trabalho dos profissionais de enfermagem com quem interagem nesta prestação do cuidado.

A classificação dos sujeitos em grupos se deu pela necessidade de direcionamento das questões das entrevistas por conta das diferenciadas funções gestoras que ocupam. Portanto, para cada grupo de informantes, construímos um roteiro de entrevista, o que resultou em três roteiros diferentes.

### 3.4 COLETA DE DADOS

Utilizamos neste estudo duas técnicas de coleta de dados: a entrevista semi-estruturada e a análise documental.

Para Triviños (1987) a entrevista semi-estruturada parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias que interessam à pesquisa, e que oferecem amplo campo de interrogações, frutos de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Também favorece não só a descrição do fenômeno estudado, como também contribui para sua explicação e compreensão.

Realizamos quinze entrevistas, direcionadas pelos três roteiros (ver apêndices C, D e E), com quatro perguntas cada, construídos com base nas funções que cada sujeito ocupa. Com duração de trinta minutos em média, as entrevistas foram realizadas mediante o consentimento das participantes que permitiram a gravação em fita K-7.

Quanto à análise documental, Yin (2005) exemplifica evidências para o desenvolvimento da pesquisa como registros, atas, observações de reuniões e observações do espaço de trabalho ao longo da visita de campo.

Pudemos analisar dezesseis atas do Conselho Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, do ano de 2005, sendo quatro dessas resultadas de reuniões extraordinárias. Foram disponibilizadas apenas duas atas do CMS, do ano de 2006, as quais também fizemos uma leitura analítica, além do regimento interno do CMS.

Deste modo, as fontes que utilizamos nos permitiram assegurar, ainda que parcialmente, a validade dos achados.

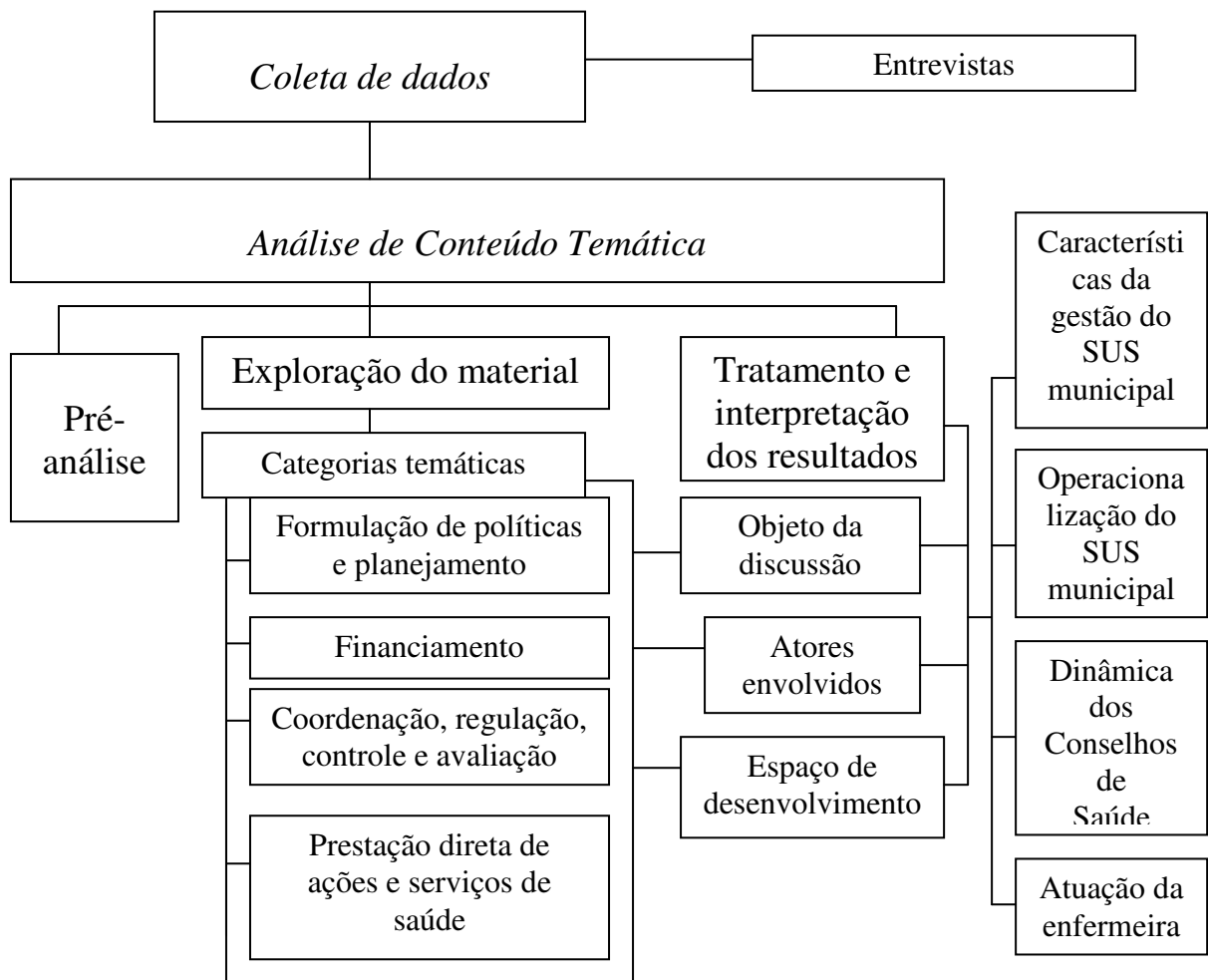
### 3.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS ACHADOS

Com base em Bardin (1977) e Noronha, Lima e Machado (2005) e com o intuito de responder a pergunta de pesquisa traçamos um desenho de análise como eixo de orientação para o desenvolvimento deste estudo.

A nossa pretensão ao construir este desenho analítico foi deixar claro o caminho que seguimos para a análise dos achados e interpretação dos resultados. Assim, a partir da coleta de dados analisamos o conteúdo dos achados mediante a técnica de análise temática de Bardin (1977).

Considerando as referências bibliográficas para construção e orientação da análise, segue o desenho analítico que construímos para este estudo:





Para realizar a análise de conteúdo temático estruturamos este estudo em torno dos três pólos cronológicos que Bardin (1977) propõe: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento e interpretação dos resultados.

Desenvolvemos a pré-análise à medida que transcrevíamos as entrevistas, daí fizemos leituras exaustivas do material de modo a selecionar trechos significativos que atendiam aos objetivos do estudo. A partir da exploração desse material, os organizamos segundo as categorias temáticas já definidas, as quais representam as macro-funções gestoras adotadas por Noronha, Lima e Machado (2005). No intuito de orientar o tratamento e a análise dos dados construímos duas matrizes analíticas a fim de melhor perceber as associações dos discursos e do conteúdo documental e observar o complementar, o diferente, o inusitado.

A primeira matriz analítica (ver Anexo B, Quadro 1) foi construída a partir da primeira leitura do material das entrevistas. Recortamos as unidades de conteúdo inerentes a cada categoria de análise, e em seguida identificamos o objeto da discussão, os atores envolvidos e o espaço em que esta discussão acontecia.

Os elementos identificados nesse primeiro modelo analítico possibilitaram a explicitação de quatro objetos de análise: sobre, as características da gestão do SUS municipal; a operacionalização do SUS municipal; a dinâmica dos conselhos de saúde e, a atuação da enfermeira no processo de gestão. Tais objetos não poderiam ser explorados a partir do modelo prévio de análise. Assim, construímos um segundo desenho de análise (ver Anexo B, Quadro 2) considerando a limitação do primeiro em identificar elementos inaparentes que emergiam das entrevistas.

No segundo modelo analítico utilizamos os objetos de análise identificados a partir do primeiro modelo e o tratamos como objetos de confronto, dado que assim os denominamos visto as opiniões divergentes das entrevistadas acerca destes temas.

Para cada objeto de confronto destacamos as falas favoráveis e não favoráveis àquele objeto de discussão, o ator que discutia e qual espaço institucional que ele ocupava quando da discussão. Utilizamos esse caminho de análise mais profunda por permitir revelar com mais propriedade aspectos que caracterizam a gestão municipal de Vitória da Conquista.

Estabelecidos estes confrontos com os seus possíveis recortes, e considerando o referencial teórico utilizado neste estudo, apresentamos os resultados da análise no próximo capítulo sobre a análise dos achados, o qual estrutura-se em duas partes: caracterização da gestão do SUS municipal de Vitória da Conquista: perspectiva de enfermeiras gestoras; e as macro-funções gestoras em saúde e a atuação das enfermeiras.

Na primeira parte caracterizamos a gestão do SUS de Vitória da Conquista a partir da perspectiva das enfermeiras gestoras entrevistadas, que forneceram elementos sobre a análise da gestão local da saúde. As entrevistadas, ao relatarem sobre sua trajetória profissional revelaram aspectos que nos permitiram analisar sobre a ocupação dos cargos de gestão, o que nos deu mais elementos para a análise da gestão do SUS no município de Vitória da Conquista.

Na segunda parte desenvolvemos a análise a partir das categorias que representam as macro-funções gestoras. Considerando cada macro-função destacamos as falas que identificam sua execução, bem como a atuação da enfermeira nestas funções.

Neste capítulo de análise achamos pertinente trazer os dados primários, com transcrição literal das entrevistas, sob a forma de doze quadros analíticos nos quais discriminamos a posição ocupada pelo ator que fala na gestão da saúde no município estudado, o foco de análise ou sobre o que se fala e como a entrevistada descreve a característica identificada. Quanto à posição ocupada pelas entrevistadas, fizemos a seguinte classificação: âmbito central, para as que ocupam macro-funções gestoras no espaço central

da secretaria da Saúde; âmbito intermediário, para as que ocupam macro-funções gestoras intermediárias nos espaços entre a secretaria e as unidades da ponta do sistema; e o âmbito local, para as que desenvolvem as macro-funções nos espaços das unidades de saúde da família, outras unidades básicas de saúde e policlínicas.

### 3.6 CRITÉRIOS ÉTICOS

Este estudo foi desenvolvido a partir dos princípios éticos e legais sobre pesquisa envolvendo seres humanos preconizados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que afirma:

O pesquisador deve estabelecer salvaguardas seguras para a confidencialidade dos dados de pesquisa. Os indivíduos participantes devem ser informados dos limites de habilidade de pesquisa, em salvaguardar a confidencialidade e das possíveis conseqüências da quebra de confidencialidade (BRASIL, 1996, p.15).

Para a realização de todas as entrevistas asseguramos as participantes o sigilo e o anonimato quanto à autoria das respostas. Antes de iniciar as perguntas esclarecemos sobre o objetivo da pesquisa, apresentamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) e reafirmamos o direito dado à entrevistada de participar ou desistir da participação em qualquer momento da pesquisa se assim decidir.

O projeto desta pesquisa foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (CEP/Sesab) onde recebeu aprovação conforme o ofício n. 11/2006 (ver Anexo A).

## 4 ANÁLISE DOS ACHADOS

A análise dos achados deste estudo está estruturada em duas partes. A primeira trata da caracterização da gestão pública municipal da saúde de Vitória da Conquista, Bahia, sob a perspectiva de enfermeiras gestoras. A segunda trata da análise sobre a execução do processo da gestão a partir das macro-funções gestoras em saúde, o que também permite aprofundar o conhecimento sobre a gestão no município estudado, bem como a atuação das enfermeiras neste processo.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DA GESTÃO DO SUS MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA: PERSPECTIVA DAS ENFERMEIRAS GESTORAS

Mediante a exploração e a análise do material das entrevistas e dos documentos identificamos quatro objetos de discussão que chamamos de objetos de confronto. Estes representam os temas que foram referidos pelas entrevistadas que ocupavam posições diferentes na gestão e revelaram opiniões divergentes.

Os quadros analíticos 1, 2 e 3 representam, respectivamente, três dos objetos de discussão identificados: as características da gestão do SUS municipal; a operacionalização do SUS municipal e a dinâmica dos conselhos de saúde. Quanto ao quarto objeto que é a atuação da enfermeira no processo de gestão, apresentamos inicialmente uma análise sobre a ocupação de cargos de gestão no SUS municipal (item 4.1.1) e na sequência trazemos as revelações das entrevistadas sobre a inserção e atuação das enfermeiras na gestão local da saúde (item 4.1.1.1).

Iniciamos com a apresentação do primeiro quadro analítico com algumas enunciações das entrevistadas acerca da caracterização da gestão do SUS municipal.

QUADRO 1. Enunciações analíticas sobre as características da gestão do SUS municipal, maio, 2006.

Posição da autora na gestão	Foco da análise	Como descreve

Continua...

QUADRO 1. Continuação

Âmbito intermediário	Gestão Participativa	Eu acho que a gestão é participativa, não é uma coisa vertical. Nós técnicos somos sempre chamados pra elaborar planos, elaborar o relatório de gestão, elaborar mudança das políticas necessárias em algum serviço a ser implantado [...] eu acho que é uma gestão bem positiva (E4).
Âmbito central		Eu diria que é uma gestão bastante participativa, que leva a valorização do saber da comunidade, as decisões da comunidade, por ter o orçamento participativo e a prestação de contas; é o momento da comunidade também programar as metas para sua área de abrangência, juntamente com a decisão de todos os moradores daquela comunidade [...] os conselhos locais de saúde têm uma força, um poder dentro daquela comunidade local junto com a equipe de Saúde da Família, uma interação no processo de trabalho da equipe. Então, assim, acho que é uma gestão bastante participativa (E7).
Âmbito central	Gestão autoritária	[...] hoje a gestão em Vitória da Conquista é uma gestão autoritária, não é compartilhada, existe apenas duas ou três pessoas que detém a informação e isso a gente não via antes porque sempre foi compartilhada (E10).
Âmbito intermediário		E dentro do próprio município você não compartilha muito, a secretaria municipal de saúde. [...], mas, eu acho que poderia [...] respeitando as hierarquias, respeitando as competências de cada um, poderia ser bem mais compartilhado (E12).

Fonte: Coleta direta dos dados

As falas das entrevistadas revelam que a gestão do SUS municipal de Vitória da Conquista é analisada de forma contraposta por diferentes entrevistadas.

Ao fazer a análise do conteúdo sobre a caracterização da gestão destacamos termos que sugerem prática democrática e participativa, como “a valorização do saber da comunidade”, “é o momento da comunidade também programar as metas para sua área de abrangência”. Os termos revelam a abertura e a oferta da gestão com espaços de participação para uma construção coletiva. No entanto, por outro lado, além do não compartilhamento das informações e ações na própria esfera local, conforme referido por uma entrevistada, a determinação das esferas estadual e federal sobre as metas e recursos destinados ao município denuncia a forma centralizada de gestão e a não participação da esfera municipal no processo decisório.

É o que nos fala uma das gestoras entrevistadas:

E a questão mesmo financeira, pra trabalhar, assim, pra propostas de trabalho, a gente precisaria ganhar mais em vigilância, entendeu, por que o que a gente ganha é pra cobrir a parte de dengue. Então a gente trabalha com a parte de dengue, o dinheiro que vem pra vigilância é pra dengue, é pra cobrir a parte de dengue, de recursos humanos da dengue. Então pra gente dificulta; a dificuldade maior nossa é essa (E11).

Quanto à gestão autoritária identificada como forma de gestão do SUS municipal por algumas entrevistadas, esta se caracteriza por práticas antidemocráticas, cuja organização é hierarquicamente rígida e com poder excessivamente centralizado pelo âmbito central da SMS. Logo, a gestão autoritária afasta-se do caráter da co-gestão como modo de administrar participativo que inclui o pensar e o fazer coletivo, e caracteriza-se pela centralização do poder sobre o processo decisório (BRASIL, 2004; ASSIS, 2003).

Segundo a fala da entrevistada “apenas duas ou três pessoas que detêm a informação”, nos foi revelada uma atitude centralizadora da gestão, característica de uma forma de gerir autoritária. Contrapondo-se à natureza da gestão participativa, não encontramos em outras falas ou nas atas argumentos que sustentassem a prática autoritária na gestão do SUS local estudado. Entretanto, destacamos que os contrapontos surgiram nas falas das enfermeiras que ocupam o mesmo âmbito na gestão, o que revela que há conflitos no modo de condução e gestão local.

Outra característica, citada pelas entrevistadas, como de gestão autoritária foi o não compartilhamento das informações e ações. Sobre a gestão compartilhada, Guimarães *et al.* (2005) afirmam que se constitui como o processo permanente de negociação e pactuação em situação potencialmente conflituosa, para formular, implementar e sustentar políticas públicas de saúde.

Diante das posições que as autoras das falas ocupam interpretamos que a noção de gestão compartilhada enunciada refere-se a uma participação de diferentes atores no processo de gestão, enquanto outras entrevistadas, inclusive no âmbito local, referem-se ao compartilhamento como da natureza organizacional do SUS. Logo, a afirmação sobre o compartilhamento da gestão se refere à natureza da organização e execução do SUS, o que não significa dizer que a prática cotidiana de gestão é efetivamente compartilhada.

A afirmativa das entrevistadas quanto a não partilha no processo de gestão pode ser relativizada se considerarmos as diferentes perspectivas de atuação. Numa perspectiva macro-estrutural, em que as decisões na esfera local e estadual interdependem da esfera federal, percebe-se de forma muito evidente a relação de dependência do gestor máximo (secretário da

Saúde) com os demais gestores na esfera local e nas demais esferas de governo no compartilhamento das ações em saúde. Se adotada uma perspectiva micro-estrutural, a gestão do SUS pode se caracterizar pelo pouco ou pelo inaparente compartilhamento nas decisões sobre a saúde local, o que é característica da gestão da saúde no município estudado, conforme afirmou a entrevistada.

Uma gestora do âmbito intermediário da gestão municipal referiu que a gestão é descentralizada. Segundo ela, a prioridade de ação dentro da esfera municipal depende da política de saúde local. Vejamos:

De descentralização? Entendo. Eu entendo porque, assim, pelo que a gente já via antes, de um sistema antes, antigo, era uma questão centralizada. Hoje não, a diferença é essa, hoje o município tem as suas ações, ele sabe o quê que ele vai fazer. Existe, existe outras ações que vão ser realizadas a nível Estadual, mas o nível municipal hoje ele tem as ações dele, ele sabe o que ele vai fazer, ele sabe, então, ele trabalha, ele avalia, ele faz tudo dentro das ações que estão propostas pra ele [...]. Hoje, eu vejo assim, a importância desse trabalho compartilhado, que pra mim chama-se descentralizado, é isso aí. Ele vai trabalhar dentro do que ele, dentro da prioridade dele, não da prioridade do nacional, mas sim da prioridade dele [...]. Então, eu vejo que esse trabalho do SUS assim, um desses princípios que é a descentralização, pra mim, é assim, primordial. E que é importantíssimo e que se realiza mesmo. Agora, claro, depende da política de saúde de cada município (E11).

Analisando o conteúdo dessa fala destacamos que a gestora faz referência à gestão descentralizada num plano macro. Sobre isso, acrescentamos que o conceito de descentralização refere-se à transferência de responsabilidades e de poder administrativo, político e financeiro, o que na realidade brasileira não tem acontecido numa mesma proporção, sendo o poder decisório, inclusive sobre o financiamento, centrado na esfera federal.

Quanto à descentralização no plano micro local, esta é referida pelas entrevistadas quando fazem referência sobre o financiamento, de que há uma determinação da esfera federal sobre o quantitativo de recursos financeiros que são repassados.

Portanto, diante da análise das entrevistas sobre a caracterização da gestão do SUS municipal estudado, e considerados os contrapontos ressaltados pelas ocupantes de diferentes posições na gestão, podemos inferir que o processo de gestão da saúde em Vitória da Conquista, não diferente do restante dos municípios brasileiros, se processa num contexto de descentralização incompleta, visto as referências das entrevistadas sobre aspectos de

participação e partilha de práticas por um lado, e por outro lado sobre aspectos de centralização de poder e decisão, condição que também caracteriza as relações no âmbito macro do SUS entre as esferas federal, estadual e municipal (CARVALHO, 2001).

No quadro seguinte tecemos uma análise sobre a operacionalização do SUS municipal, com os focos de análise mais frequentes nos discursos das entrevistadas. No entanto, chamamos a atenção de que outros aspectos sobre a operacionalização e, também, sobre a gestão do SUS de Vitória da Conquista serão abordados no decorrer deste capítulo.

QUADRO 2. Enunciações analíticas sobre a operacionalização do SUS municipal, maio, 2006.

Posição da autora na gestão	Foco da análise	Como descreve
Âmbito local	Operacionalização da Atenção Básica	Eu vejo essa gestão assim, sabe aquela coisa da gente querer abraçar o mundo [...] você acaba deixando escapar as coisas básicas. Então eu acho, por exemplo, que a questão básica é sucateada [...] a gente tem problemas com a comunidade, até problemas operacionais de falta de material, de falta de medicamento [...] Eu acho que o município pega tudo, sabe, programa daqui, programa dali, vamos implantar mais equipes, vamos implantar mais coisas, mas o que já está implantado está faltando as coisas básicas que precisam pra está melhor organizado (E8).
Âmbito central	Atenção Básica	A gente acabou transferindo muita responsabilidade para a atenção básica, a gente acabou descentralizando os programas, ou seja, o programa de saúde da família, tanto a enfermeira como o médico como o dentista, tirando o dentista um pouquinho, o médico e a enfermeira eles atendem de tudo, desde a criança ao idoso, em todas as fases do ciclo de vida. E minha preocupação é que a gente não tem ainda, eu digo também a nível municipal, a nível municipal a gente está pensando... Mas a nível estadual e federal a gente não tem uma política de, de... um planejamento pra... pra o crescimento dessa equipe de saúde da família de forma estruturada (E14).

Fonte: Coleta direta dos dados

As enunciações das entrevistadas, ocupantes de variadas funções gestoras, revelam dificuldades para a operacionalização dos serviços de atenção básica, pontuando desde a falta de planejamento até a falta de recursos materiais e medicamentos.

Uma entrevistada do âmbito local aponta a ineficiência da gestão sobre a qualidade na oferta de serviços básicos de saúde, pois segundo ela os serviços estão implantados, no



entanto, sem o suprimento necessário de recursos que atendam as necessidades dos usuários. Já uma entrevistada do âmbito central da SMS afirma que o município não tem política de planejamento implantada, o que prejudica a operacionalização da Atenção Básica. Esta informante hesita em analisar criticamente esta situação no município e transfere a responsabilidade pela falta de política de planejamento para os âmbitos estadual e federal.

Destacamos que a implementação de políticas definidas pelas esferas federal e estadual prejudica a operacionalização dos serviços de atenção básica, visto que o município é obrigado a ampliar seus serviços para obter maior repasse financeiro, dado que tais políticas quase sempre estão vinculadas a incentivos financeiros. Isto implica numa amplitude de responsabilidades que, sem a utilização sistemática do planejamento inviabiliza o bom funcionamento destes serviços e o atendimento satisfatório das demandas da população.

Os dados sobre a cobertura dos serviços de atenção básica no município estudado nos revelam a prioridade da gestão sobre a oferta destes serviços. Vitória da Conquista gerencia trinta e seis equipes de saúde da família, o que representa uma cobertura de 63% da população em todo o município, com cobertura completa da zona rural. A secretaria municipal da Saúde desenvolve diversos programas e administra uma série de serviços especiais, que contribuem para a melhoria da qualidade de vida dos usuários do SUS (PREFEITURA..., 2005).

Portanto, embora a priorização da Atenção Básica seja uma determinação ministerial assumida pela gestão municipal em estudo, segundo as entrevistas os gestores têm tido dificuldades para garantir a oferta suficiente de serviços básicos de saúde à população, dado que refere uma provável ineficiência da gestão. Entretanto, por outro lado, ainda que haja comprometimento da gestão, o contexto macro estrutural do SUS caracteriza-se pela centralidade dos recursos financeiros pela esfera federal e o insuficiente repasse destes para as esferas municipais, comprometendo desta forma a oferta dos serviços de saúde.

Então, visto o contexto das entrevistas e analisando a realidade da maioria dos municípios brasileiros, entendemos que o comprometimento na operacionalização dos serviços de atenção básica se configura dado a centralidade do processo de formulação de políticas e definição das ações pelo governo federal, a transferência insuficiente de recursos pela esfera federal e a insuficiente contrapartida municipal.

Quanto às possíveis interferências políticas na operacionalização do SUS de Vitória da Conquista, as entrevistadas referiram que não há interferência político partidária na execução de suas atividades e sobre a prestação dos serviços. Sobre isso afirmou E12: “[...] nunca houve interferência direta de política pra que eu fizesse ou deixasse de fazer alguma coisa, ou pra algum estabelecimento [...]”.

Outra entrevistada, E11, afirma que “o nosso trabalho que eu vejo não é diretamente partidário, de jeito nenhum”, o que analisado isoladamente nos permite entender que não há interferências políticas partidárias para a operacionalização do SUS estudado.

Sendo o SUS um sistema formado por serviços de caráter público, destacamos a referência de Teixeira e Paim (1996) sobre os males de qualquer serviço público, os quais não são só encontrados no Brasil, mas também na Europa e nos Estados Unidos. Os autores destacam que, dentre as principais críticas a administração pública está o seu caráter burocrático, fortemente impregnado na gestão, que determina a ação da organização para atender aos próprios interesses e às forças que a controlam, e não para atender as necessidades da população.

No quadro 3 apresentamos uma análise introdutória sobre a dinâmica dos conselhos de saúde, já que retornaremos a discussão sobre os conselhos no sub-capítulo de análise das macro-funções gestoras.

QUADRO 3. Enunciações analíticas sobre a dinâmica dos conselhos de saúde no SUS municipal, maio, 2006.

Posição da autora na gestão	Foco da análise	Como descreve
Âmbito central	Composição irregular do conselho municipal de saúde	[...] com a Resolução 333 a gente fez uma plenária e decidiu que vamos querer um conselho com paridade real [...], e que os usuários sejam realmente usuários, que não tenham cargo de confiança mesmo que sejam em outros setores da prefeitura, que não sejam profissionais de saúde [...] (E10).

Continua...

QUADRO 3. Continuação

Âmbito intermediário	Atuação do conselho municipal de saúde na formulação de políticas	O conselho daqui ele tem uma participação razoável. Acho que ele poderia ser melhor nas propostas, certo, assim, nas parceiras. Mas, os conselheiros, a maioria deles, que tem uns que vão e não abre a boca, entra mudo e sai calado, tem sempre aquele, e tem sempre um grupinho que participa mais ou por motivos pessoais ou de sua categoria, participa mais. Agora assim, as propostas, os projetos que são levados pra lá, então são discutidos, tem sugestões, mas é difícil sair um projeto que seja vindo deles [...] você não vê isso partindo dos conselheiros. A não ser que seja dos próprios gestores (E12).
Âmbito intermediário	Qualificação dos conselheiros para o exercício da função	[...] existe pouca participação na parte de deliberação e o conselho não tem se atentado pra isso e fica difícil, porque a maioria das pessoas do conselho que você conversa, as pessoas não entendem essa dimensão, os representantes da comunidade muitas vezes não estão preparados porque, os conselheiros locais têm muito mais preparo do que os conselheiros municipais, porque eles têm disponibilidade para os treinamentos que a gente dá, enquanto os municipais não têm [...] (E10).

Fonte: Coleta direta dos dados

Segundo as considerações das unidades de análise observadas destacadas, além dos registros das atas dos conselhos e relatos de outras entrevistadas, podemos perceber que as gestoras ocupantes de funções distintas apresentam referências convergentes sobre a dinâmica dos conselhos de saúde. Para as nossas entrevistadas, o conselho local diferencia-se do conselho municipal pelo seu caráter mais dinâmico de participação dos seus conselheiros e representantes da população, sendo que no espaço do conselho municipal as propostas são predominantemente feitas pelos gestores e as decisões são homologadas.

Sobre a composição do conselho, o regimento interno do CMS de Vitória da Conquista proposto desde 1999, no Capítulo III, no seu artigo terceiro versa sobre quais representantes devem compor o CMS, dentre eles dois representantes da Câmara de Vereadores e um representante do Conselho Regional de Enfermagem. Ao analisarmos o conteúdo das entrevistas, destacamos a afirmação de uma gestora do âmbito central sobre a intenção do CMS em fazer cumprir com o descrito na resolução n. 333 de 2003: “tem uma vereadora só que fazia parte da composição do conselho. Com essa norma de redimensionamento do conselho ela não vai poder mais participar, porque ela também é da área de saúde” (E14), o que é reafirmado na fala de outra entrevistada, do âmbito intermediário, conforme observado no Quadro 3. Isto indica que mesmo as gestoras não se dão conta da impropriedade jurídica da representação no CMS de representantes do poder público já com representação, dado que os conselhos profissionais são autarquias públicas e a Câmara de Vereadores é o poder legislativo no âmbito local, mesmo antes da norma em vigor.

Segundo os depoimentos de duas entrevistadas, ambas do âmbito intermediário, o conselho municipal não formula políticas e é pouco deliberativo, diferente dos conselhos locais, que são mais atuantes por conta da melhor preparação dos conselheiros. Uma delas acrescenta que a participação dos conselheiros nas reuniões do conselho municipal de saúde varia conforme o grau de interesse dos assuntos em discussão, e que poucos participam de discussões inerentes às políticas de saúde municipal.

Por outro lado, observamos que nos assuntos de pauta das reuniões constatadas nas atas, outras discussões têm incitado uma maior participação dos representantes dos usuários, a exemplo, as discussões sobre dificuldades de atendimento e de acesso e insatisfação do usuário com a postura de determinados profissionais, fato esse que revela, ainda, a insipiência na execução do controle social e da participação no processo decisório.

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) como instância colegiada disposta na Lei 8142/90, de caráter permanente e deliberativo, deve ter na sua composição representantes do governo, dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde e usuários de modo a atuar na formulação e controle de políticas de saúde, inclusive no que se refere aos aspectos financeiros. Implantado o CMS outros espaços de discussão podem ser criados, como as conferências de saúde e os conselhos locais, que estão implantados em Vitória da Conquista.

Assis (2003) faz um resgate da história do controle social e aponta os conselhos como espaços coletivos de participação. E acrescenta que, respeitada as condições de legitimidade, estes se conformam como *locus* de enfrentamento, visibilidade e articulação institucional e social, logo, campo de gestão e de expressão de compromisso com a coisa pública. Entretanto,

aponta alguns limites, inaparentes na realidade estudada, para a concretização desses espaços enquanto campo de gestão, como autoritarismo, manipulação dos gestores locais formais, e interferência política-partidária.

As atas analisadas e as entrevistas apontam apenas para um grau centralizado de poder, com o CMS não atuando como espaço de formulação de políticas locais (formulando) e atuando basicamente para aprovar as (aprovando e reafirmando as) decisões do gestor máximo da saúde municipal, e com os conselhos locais mais dinâmicos na atuação, mas sem interferir na atuação do CMS. Não aparece nas atas do CMS discussão e resposta às demandas dos conselhos locais. Portanto, apesar do investimento do município na qualificação dos conselheiros, não se percebe nas atas a participação dos conselheiros locais e a influência destes sobre as decisões no CMS, o que revela uma desarticulação entre tais instâncias.

Para que a gestão participativa aconteça são sugeridos dois tipos de dispositivos, um que diz respeito a como organizar o espaço coletivo de gestão para permitir o acordo entre interesses dos usuários quanto dos trabalhadores e gestores, a exemplo os contratos de gestão, os colegiados gestores e os conselhos locais de saúde. E o segundo dispositivo da gestão participativa refere-se aos mecanismos que garantem a participação no cotidiano das unidades de saúde, por exemplo, a ouvidoria (BRASIL, 2004).

Portanto cruzando as informações das entrevistas e das atas com o referencial teórico sobre os conselhos inferimos que o município de Vitória da Conquista garante espaços de participação para a comunidade, gestores e demais trabalhadores de saúde o que dá a gestão pública da saúde um caráter participativo. Entretanto, a não proposição de políticas pelo CMS e a não efetividade nas discussões e decisões dos conselheiros e de seus representados sobre os interesses públicos denunciam o incipiente controle social.

Sobre isso Carvalho (2006) afirma que especialmente nos lugares (municípios ou bairros) com menor tradição organizativa e capacidade propositiva, a sociedade não dá conta de ocupar com qualidade os espaços criados por iniciativa legal e governamental, como é o caso dos conselhos de saúde. Acrescenta, então, que muitos canais participativos burocratizados são criados, esvaziados de conteúdo democrático, além de muito segmentados. Esse despreparo para o exercício da participação democrática, assim dizendo, foi citado por uma de nossas entrevistadas.

Portanto, o número de CLS e a desarticulação das discussões com o CMS revelam o caráter burocratizado dos conselhos enquanto espaço para uma gestão participativa. O CMS tem sido legitimador das decisões do gestor municipal e os conselhos locais não têm exercido um poder de influência sobre as decisões do CMS, dado que as demandas propostas nos

conselhos locais não são levadas para a discussão no conselho municipal, o que contrariamente deveria acontecer, já que o município tem investido na qualificação dos conselheiros.

#### **4.1.1 Análise sobre a ocupação de cargos de gestão na perspectiva das enfermeiras gestoras**

Embora a gestão do SUS seja de natureza compartilhada, seu processo de execução acontece no contexto de descentralização incompleta. Neste contexto, a distribuição de responsabilidades se formalizou com o processo de municipalização, segundo o qual os gestores locais assumem um maior aporte de atividades e encargos, requerendo o envolvimento não apenas dos gestores formalmente instituídos para o cumprimento dessas atribuições. Com isso, o compartilhamento de ações e decisões no processo de gestão envolve a participação dos gestores, trabalhadores de saúde e usuários, demandando urgência quanto à qualificação dos recursos humanos.

Dessa maneira, os cursos de formação profissional para o setor saúde devem estar atentos às novas exigências da gestão em saúde, visto que os profissionais de saúde assumem de forma progressiva cargos formais de gestão ou outras posições no SUS em que inevitavelmente executam funções gestoras. Nesse intuito, Teixeira e Paim (1996) apresentam alguns indicativos de adequação dos recursos humanos para os cursos de formação profissional, que no nosso ponto de vista delineiam características que viabilizam o exercício das funções gestoras. Dentre eles destacam-se a capacidade de análise do contexto em relação às práticas que realizam; compreensão da organização e gestão do processo de trabalho; capacidade de manejar as situações conflituosas; senso crítico e atenção aos problemas e necessidades de saúde da população.

Vejamos o que revelam as entrevistas sobre os critérios para a ocupação nas macro-funções gestoras do SUS de Vitória da Conquista.

**QUADRO 4.** Enunciações analíticas sobre critérios para a ocupação de cargos na gestão do SUS municipal, maio, 2006.

Posição da autora na gestão	Foco da análise	Como descreve

Continua...

QUADRO 4. Continuação

Âmbito intermediário	Critério de ocupação da	[...] em 97 eu assumi a coordenação do Centro de Saúde [...] depois fui convidada pelo secretário [...] pra assumir uma Divisão [...] (E10).
Âmbito intermediário	função gestora: convite	[...] na época, o secretário de saúde mais a coordenadora de vigilância à saúde me convidou pra vim coordenar [...] (E11).
Âmbito intermediário	Critério de ocupação da função gestora:	Eu entrei, na época não tinha concurso, era seleção. Eu entreguei meu currículo ao secretário da época e foi avaliado, só entrevista, e aí me chamaram e me efetivou. (E2).
Âmbito local	seleção	Foi seleção de currículo e entrevista, agora prova não (E5).
Âmbito intermediário		Olha, pelo que eu saiba assim, em todos esses locais onde tem enfermeira, foi escolhido não por ser enfermeira, mas pelo que a pessoa demonstrou anteriormente, pela sua vida profissional (E12).
Âmbito intermediário	Critério de ocupação da função gestora: competência técnica e	Na área de saúde, a maioria não é de partido [...]. Assim, pode ir com a cara do PT, mas sabe que não é do partido e que a pessoa, não é assim [...] militante. A maioria [não é militante], eu não sou militante, nunca fui. E ocupei essas funções todas, entendeu? Então, é bem essa questão, até porque na área de saúde, às vezes o pessoal fala assim é indicar, é indicar [...] Então não veio ninguém [...] porque A ou B indicou pra coordenar a enfermagem, não [...] Uma das coisas que encanta a gente ainda é isso, entendeu. É você não ter aquela questão tão politqueira ( <i>sic</i> ) interferindo (E12).
Âmbito central	habilidade	[...] hoje a gente tem à frente de cargos estratégicos na secretaria de saúde enfermeiras. E não é um posicionamento corporativista, ele é natural, foi um processo natural. As pessoas que mais se identificam, claro que tem que ter a competência técnica do profissional, e ele também têm que estar num papel que ele dê conta das atribuições [...] (E13).
Âmbito intermediário	Critério de ocupação da função gestora: negociação política partidária	[...] depois a gente tinha muita dificuldade para aprovar projetos principalmente relacionados a saúde e aí houve uma reunião, e houve a necessidade de se colocar uma mulher e que fosse da área de saúde, e como a pessoa que nós tínhamos em vista não poderia ser candidata é, ficamos entre três pessoas, e aí escolheram a mim para ser candidata a vereadora e aí eu fui eleita, mas o regimento interno da Câmara e também, a Constituição Federal garante que você continue trabalhando como enfermeira e aí eu assumi extra oficialmente porque não existe esse cargo, porque eu sou funcionária pública, assumi o serviço, então de lá ate o momento eu trabalho e assumo o comando das ações [...] no município (E10).

Fonte: Coleta direta dos dados

Considerando as unidades de análise destacadas percebemos alguns critérios que identificamos nos relatos sobre a ocupação de funções na gestão. Dentre eles o convite, que foi citado especialmente pelas entrevistadas do âmbito intermediário, pois a maioria delas já fazia parte do quadro da secretaria da Saúde. Situação parecida aconteceu com as entrevistadas que ocuparam os cargos de gestão por competência ou habilidade, o que, segundo elas, aconteceu em decorrência do bom desempenho em suas funções anteriores, o que deu oportunidade para a assunção e ascensão nos cargos de gestão. Outro critério destacado foi a seleção através de currículo e entrevista. Quanto ao critério político, identificamos nas enunciações que a política partidária não se constitui num critério para admissão de gestores, embora uma entrevistada do âmbito intermediário tenha revelado a criação de cargos para atender aos interesses políticos da secretaria municipal.

Meirelles (1999) afirma que cada unidade estatal é autônoma para organizar seus serviços e compor seu pessoal, o que abre prerrogativas para a condução e determinação política partidária sobre os cargos e funções. No caso estudado, embora tenhamos identificado, a partir das entrevistas, múltiplos critérios para a ocupação de cargos no SUS municipal, destacamos que o município não explicita critérios para a sua política de pessoal e nem tal fato foi destacado por nenhuma das entrevistadas, o que abre brechas para a ocupação de funções gestoras de pessoas que atendam a interesses políticos partidários.

Segundo Paula (2005) a história da administração pública brasileira foi marcada pelo autoritarismo e pelo patrimonialismo. Portanto, devido a essa tradição patrimonialista, que perdura até os dias atuais, em que a organização governamental é muito mais um bem a ser explorado do que uma estrutura funcional a serviço do interesse público, os empregos que se auferem do Estado costumam ser ligados aos interesses pessoais, senão partidários.

Destacamos, no entanto, que este aspecto em particular não se constituiu num questionamento às entrevistadas, emergindo espontaneamente, o que não nos deu subsídios para afirmar ou negar a existência de indicação político-partidário na assunção de cargos gestores no município estudado.

#### 4.1.1.1 As enfermeiras na gestão do SUS municipal: inserção e atuação

No SUS municipal estudado a ocupação de cargos de gestão majoritariamente por enfermeiras foi destacada pela fala das entrevistadas. No entanto, ressaltamos que as



entrevistas não apontaram como critério para assunção destes cargos a preferência por uma categoria profissional determinada.

Considerada a ocupação majoritária de enfermeiras nas funções gestoras, consideramos pertinente construir linhas narrativas baseadas no relato das entrevistadas sobre sua trajetória profissional, de modo a destacar as diversas formas de como se processou a inserção da enfermeira na secretaria municipal da Saúde e a sua assunção nos cargos de gestão.

Fizemos uma re-elaboração do fluxo narrativo da trajetória vivida pelas enfermeiras, na qual mantivemos os elementos essenciais que compuseram as experiências relatadas, tomando como esboço as vivências inscritas em diversos espaços. Para tanto, escolhemos entrevistas de enfermeiras com inserção nas diferentes macro-funções gestoras, adotadas como categorias temáticas neste estudo, de modo a ilustrar e demonstrar a diversidade de fatores, a multiplicidade de critérios e as diferentes oportunidades para a inserção destas profissionais na gestão do SUS municipal estudado.

A exemplo da linha narrativa construída com base na entrevista de E1, percebemos que a assunção dos cargos nos municípios em que trabalhou decorreu de escolhas pessoais da entrevistada, aliadas as oportunidades do mercado de trabalho no seu local de moradia. A narrativa não revela ações deliberadas para conduzir a própria trajetória profissional na direção da ocupação de cargos, o que revela a coerência com as motivações pessoais expressadas.

A enfermeira entrevistada ocupa a macro-função gestora de prestação direta de ações e serviços. Forma-se em enfermagem no segundo semestre de 1999, numa universidade do interior do estado da Bahia. Iniciou a sua vida profissional nessa mesma universidade como professora substituta da disciplina Saúde Mental e Doenças Transmissíveis. Depois de um ano de trabalho casou-se, engravidou e não pode mais continuar na cidade em que trabalhava, pois seu marido morava em outro município.

Somente em 2001 retomou suas atividades profissionais num outro município do interior do estado como enfermeira assistencial e lá permaneceu até junho de 2004, quando resolveu voltar para sua cidade natal. Reinicia então suas atividades como enfermeira do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde e posteriormente participa da implantação do Programa de Saúde da Família, desenvolvendo suas atividades como enfermeira da equipe do Programa. Posteriormente participa de uma seleção para enfermeira do Programa de Saúde da Família no município de Vitória da Conquista, onde trabalha até hoje.

Entrevistada 1 (E1), maio de 2006.

Todas as entrevistadas ocupando a macro-função gestora de prestação direta de ações e serviços demonstraram, através da sua trajetória profissional, que as funções que ocupam nos serviços e no sistema de saúde se processam de modo aleatório, dado que não referiram qualquer planejamento para a ocupação de funções durante sua vida profissional.

Portanto, os casos ilustrativos, aqui apresentados em forma de linha narrativa, apontam uma multiplicidade de critérios, o que nos permite deduzir que possivelmente o SUS municipal estudado não estabelece a *priori* critérios transparentes para a escolha dos profissionais que ocupam funções gestoras.

A entrevistada ocupa a macro-função gestora de coordenação, regulação, controle e avaliação de ações, bens e serviços e do sistema de saúde. Concluiu sua graduação em enfermagem em 1988, ano em que deu início a sua vasta experiência profissional.

Foi aprovada em concurso público estadual no mesmo ano da formatura, e desclassificada por ainda não ter registro definitivo no Conselho Regional de Enfermagem. Dois anos depois surgiu a oportunidade de prestar dois novos concursos, um pelo estado e outro municipal, quando foi aprovada em ambos. No entanto, enquanto esperava ocupar as funções nestes concursos foi enfermeira assistencial de um hospital privado no município de Vitória da Conquista.

Concursada pelo estado, assumiu a função de enfermeira em um hospital e pelo município começou a trabalhar numa unidade básica de saúde.

Em 1996, fez um curso de Especialização em Saúde Pública o que, segundo a entrevistada, a qualificou para assumir outras funções gestoras, como a coordenação de programas de saúde. Em 1997 assume a coordenação de um centro de saúde, e posteriormente, por convite do secretário da saúde na época assumiu a direção de uma Divisão na secretaria municipal. Sua experiência profissional assumia então uma nova dimensão, mais ampla e complexa. Permaneceu na direção da Divisão por três meses, e a partir de novo convite do secretário da saúde assumiu uma coordenação em outro setor por dois anos. Daí assumiu o cargo de secretária da saúde interina por seis meses e posteriormente a função de secretária adjunta até o ano de 2000, quando se candidatou e foi eleita Vereadora. Porém, apesar de sua inserção na política profissional, como funcionária pública assumiu em 2001 a coordenação das ações de controle da Aids no município, função esta não formal, por não existir esse cargo na estrutura da secretaria. Respalhada pelo Regimento Interno da Câmara Municipal, continua até hoje acumulando suas funções de enfermeira do SUS municipal e de vereadora.

Entrevistada 10 (E 10), maio de 2006.

Quanto à trajetória da entrevistada E10, esta revela aspectos particulares na sua vida profissional e afirma que foram oportunidades, a partir dos convites do ex-secretário da Saúde, que possibilitaram a assunção desses cargos no município de Vitória da Conquista, critério este confirmado também por outras entrevistadas conforme visto no quadro 4.

A progressão nos cargos em diferentes macro-funções gestoras se deu até a entrevistada ser convidada a se candidatar ao cargo de vereadora, para preencher a cota reservada para as mulheres em um partido político, sendo então eleita. A partir daí, manifestou-se um conflito de interesses dentre as diferentes ocupações da entrevistada: como política, pelo exercício de vereadora na Câmara Municipal, como funcionária pública estadual e como enfermeira coordenadora no sistema municipal.

A entrevistada relata que uma função foi estabelecida para que ela a ocupasse, o que permite interpretar que existiu um acordo político para tanto, dado que a entrevistada acumula sua função técnica com a de vereadora, mantendo a sua visibilidade política pela proximidade do seu trabalho como enfermeira junto à população. Portanto, esse achado nos permite inferir que manobras são criadas pela gestão máxima local a fim de atender aos interesses políticos.

A partir da análise dos relatos da trajetória profissional das entrevistadas que ocupam macro-funções gestoras de coordenação, regulação, controle e avaliação de ações, bens e serviços afirmamos que todas exerceram anteriormente a macro-função de prestação direta de ações e serviços, executando ações assistenciais, e também como gerente de unidade básica, o que possivelmente as destacou e permitiu que fossem convidadas pelo secretário ou diretores de saúde a assumir a função de coordenação nas divisões e serviços no âmbito central da secretaria municipal da saúde.

A entrevistada ocupa duas macro-funções gestoras: de formulação de políticas e planejamento e financiamento. Saiu do interior para a capital, onde se diplomou enfermeira e depois odontóloga. A graduação em enfermagem foi marcada por momentos de grande conflito pessoal, por não ser o curso de sua escolha. Anos depois concluiu a graduação em odontologia, atendendo agora aos seus ideais.

Entretanto, esta passagem pelos dois cursos trouxe muitos aprendizados. Durante o curso de graduação em enfermagem foi membro do Diretório Acadêmico, embora achasse que naquela época a participação estudantil era muito frágil e que a faculdade em que estava inserida era pouco politizada. Somada a essa insatisfação, o modelo de atenção à saúde era predominantemente assistencialista, havia pouco espaço para atuação profissional na saúde pública e as limitações de campos de práticas e estágios durante o curso eram imensas em Salvador. Devido à visão hospitalocêntrica hegemônica na formação do profissional de...

Continua...

Continuação

... enfermagem, a valorização desta profissional estava restrita a alguns campos de atuação, como o trabalho em UTI.

Em 1986, ano da VIII Conferência Nacional de Saúde, concluiu o curso em enfermagem, quando tinha apenas 20 anos. Iniciou um curso de Especialização em Enfermagem e Obstetrícia. Trabalhava como enfermeira na emergência de um hospital público, mas apesar de gostar, sentia-se limitada para atuar e acreditava que esta limitação se dava pela forma como o sistema de saúde estava organizado.

As inquietações em relação a sua realização profissional continuaram. Diante disso se inscreveu no vestibular de odontologia, mas não pode ir fazer a prova por problema de saúde na família. Foi em 1989 que E 13 se submeteu a mais dois vestibulares, desta vez para medicina e novamente para odontologia e foi aprovada em ambos. Optou por fazer os dois cursos em paralelo, mas depois de um ano deixou o curso de medicina, continuando o de odontologia.

Em 1994, foi morar em Vitória da Conquista, onde começou a perceber a saúde de outra forma, dado a diferença de estruturação do SUS. Em 1996 assumiu uma diretoria na secretaria municipal da saúde e se torna membro da Associação Brasileira de Odontologia, condições que lhe permitiu a entrada no conselho municipal de saúde, o que pra ela representou uma verdadeira transformação na sua vida profissional. Foi a partir dessa experiência no conselho que começou a conhecer o que era a saúde coletiva, o que era a saúde pública no Brasil e qual era a visão do município na implementação das políticas de saúde. Nesta oportunidade participou da reestruturação organizacional e financeira da secretaria da saúde.

Hoje, E 13 não tem dúvida da influência positiva da enfermagem na sua vida, na sua formação e na visão política que tem sobre o sistema de saúde, visão esta que sabe ter desenvolvido por sua vivência na realidade de Salvador, oportunizada pela sua formação como enfermeira e pela experiência que vem acumulando em Vitória da Conquista ao ocupar uma macro-função gestora relevante.

A trajetória profissional de E 13 também revela a ausência de um eixo orientador para a assunção do cargo ocupado no sistema de saúde de Vitória da Conquista. A entrevistada vivenciou conflitos de interesses desde a escolha da sua formação profissional. No entanto, pelo que revela a sua narrativa, os conflitos parecem ter sido superados quando veio para Vitória da Conquista, onde conheceu outra dinâmica de sistema local de saúde, a partir do seu trabalho como diretora de saúde e conselheira de saúde. Tais condições a fizeram ocupar duas macro-funções gestoras, de formulação de políticas e planejamento e de financiamento.

No país, considerando a autonomia constitucional dada a cada unidade da Federação para organizar seus serviços e compor seu pessoal, a realidade brasileira nos revela que os

administradores públicos, chefes, diretores e coordenadores obtêm suas posições através de lógicas diversas, a exemplo: nomeações de patrocínio, o que popularmente conhecemos como apadrinhamento político ou quando são selecionados através de procedimentos competitivos, sendo invisível a admissão para cargos de gestão por critérios puramente meritocráticos.

Considerando as entrevistas afirmamos que a ocupação de funções gestoras por todas as entrevistadas se deu por circunstâncias que combinaram diferentes oportunidades, sem que se possa desconsiderar que tais profissionais de algum modo também se destacaram pelo seu desempenho técnico ou político como enfermeiras. Fica claro que a ocupação prévia de funções gestoras na prestação direta de ações e serviços de saúde serve como *background* curricular que impulsiona a assunção de funções num grau hierárquico mais alto no sistema municipal.

Ainda que não se possa afirmar a não influência político-partidária na ocupação das funções gestoras no município estudado, a situação do SUS, na maioria dos municípios brasileiros e considerando as baixas densidades demográficas em muitos destes, parece indicar que não há uma margem muito ampla de escolhas de quem deve ocupar funções gestoras, dado ao pequeno quadro de pessoas qualificadas que, em geral, os municípios podem manter.

Diante da pouca disponibilidade de recursos humanos nos municípios para assumirem cargos formais de gestão e desenvolverem macro-funções gestoras de forma competente, Malagutti e Biagolini (2006) afirmam que a política de recursos humanos para o SUS deve estimular e desencadear novos perfis de trabalhadores e de gestores das ações, serviços e sistemas de saúde através da formação e desenvolvimento profissional que levem em conta o ensino, a gestão do SUS e o controle social.

Já sobre a atuação das enfermeiras, os achados revelaram a contribuição histórica e a ocupação majoritária destas profissionais na ocupação dos cargos de gestão no município estudado, o que faz destas profissionais, em grande medida, as responsáveis pela sustentação da operacionalização do SUS. Sobre a contribuição histórica na saúde do município, a entrevistada E12 do âmbito intermediário referiu “se você pegar na história do município você vai ver que tem enfermeiras que contribuíram muito pra o que tem hoje aí”.

No entanto, o predomínio de fatores aleatórios na trajetória profissional das entrevistadas indica também que não há por parte das enfermeiras um projeto político-profissional definido e nem interesses profissionais que a façam planejar e conduzir sua trajetória profissional. Tais fatores merecem ser investigados, dado que eles reforçam condições relacionadas com aspectos do gênero e do lugar subordinado que a enfermeira

exerce na divisão técnica do trabalho em saúde, além de indicar que o fato da maioria das funções gestoras no município estudado ser ocupado por enfermeiras é dado mais por sua disponibilidade e quantidade do que um lugar ocupado por determinantes da sua competência técnica-política no SUS.

O próximo quadro destaca unidades de análises sobre a atuação das enfermeiras nas funções gestoras na saúde.

QUADRO 5. Enunciações analíticas sobre a atuação de enfermeiras na gestão do SUS municipal, maio, 2006.

Posição do autor na gestão	Foco da análise	Como descreve
Âmbito local	Capacidade de articulação com a comunidade	[...] então assim, tanto o conhecimento que a gente tem a nível técnico-científico, a nossa facilidade de articulação com a comunidade eu acho que isso nos faz assim é, é um elemento importantíssimo nesse processo de gestão (E1).
Âmbito intermediário	Visão holística	[...] e tudo você vê a enfermeira, dentro da secretaria de saúde está assumindo um papel fundamental, crucial porque ele tem o olhar holístico, de tudo, então eles são chaves mestra (E5).
Âmbito intermediário	Capacidade técnica	A gente tem uma visão mais ampla do sistema. Eu acho que isso facilita pra que a gente tenha tanta enfermeira em posições que não precisaria ser enfermeira [...] Onde eu trabalhei sempre tem uma enfermeira encabeçando [...] Se você ver a história do município, vai ver que tem enfermeiras que contribuíram muito pra o que tem hoje aí (E12).
Âmbito local	Assunção de funções administrativas não específicas	[...] na verdade a enfermeira acaba tomando as rédeas da coisa, porque o médico fica mais na parte do atendimento, essas questões burocráticas fica mesmo com a gente. A gente não é gerente mais a coisa pesa mais pro nosso lado (E8).
Âmbito intermediário	Compromisso profissional	[...] Mas, o compromisso, o envolvimento, a identificação é muito maior da profissional enfermeira sem dúvida nenhuma. A disponibilidade, a voluntariedade de fazer as coisas, de ver as coisas realmente acontecer, não que o médico não tenha, ele tem, mas, normalmente ele tem uma série de outros interesses, de outras atividades, então, dificilmente ele pode se dedicar (E13).

Fonte: Coleta direta dos dados

No processo de trabalho em saúde, a enfermeira é a profissional que tem um maior conhecimento de aspectos administrativos gerenciais, mesmo porque na sua formação acadêmica conhecimentos básicos da administração do sistema e dos serviços de saúde estão inseridos na estrutura curricular.

Uma das entrevistadas do âmbito central refere ser a enfermeira a profissional mais requisitada para resolver os problemas gerenciais da unidade, requerendo desta um melhor conhecimento da situação e a apropriação da gerência da unidade, mesmo que não seja este o cargo que formalmente exerce.

Por exemplo, na equipe de saúde da família, às vezes o médico fica com a parte da farmácia, a enfermeira fica com a parte da sala de vacina, o dentista fica com a parte de solicitação de material, mesmo dividido a gente acaba pedindo a prestação de contas à enfermeira: e tal coisa não aconteceu por que? [...] Então, você acaba tendo essa visão [...] não estou sendo corporativista não, estou dizendo o que eu vejo no dia-a-dia. Isso, os profissionais de odontologia que acompanham a atenção básica, eles se referem à enfermeira quando querem qualquer coisa na unidade, o profissional médico que tinha na unidade também ia atrás da enfermeira [...] (E14).

Em Vitória da Conquista, a enfermeira tem atuado no sistema local de saúde nos seus diversos espaços, desde a assistência até o âmbito central e têm inserção em todas as macro-funções gestoras. No estudo de Medeiros *et al.* (2006) sobre a classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva do estado de Goiás, as autoras refletem sobre o trabalho da enfermeira em saúde coletiva afirmando que esta profissional é a executora da gestão da saúde, o que cabe à realidade de Vitória da Conquista, haja vista que em todas as macro-funções gestoras há a inserção significativamente quantitativa de enfermeiras.

No que se refere ao desempenho de enfermeiras em funções gestoras, não existem estudos que discutam o seu desempenho em relação às outras categorias profissionais. No entanto, o trabalho de campo forneceu indícios de que há um reconhecimento local de uma competência gerencial das enfermeiras para ocupar tão amplamente as macro-funções gestoras no município estudado.

Portanto, tendo em vista a amplitude da inserção das enfermeiras e as referências as suas competências, analisaremos com se dá a sua atuação nas macro-funções gestoras em saúde.

## 4.2 AS MACRO-FUNÇÕES GESTORAS EM SAÚDE E A ATUAÇÃO DAS ENFERMEIRAS

Neste sub-capítulo nos remetemos à análise das macro-funções gestoras e destacamos a atuação da enfermeira.

Para entendermos sobre a execução do processo de gestão, e analisar a atuação da enfermeira na gestão municipal de saúde, utilizamos como eixo orientador as categorias temáticas que foram *a priori* definidas neste estudo e que representam as macro-funções gestoras em saúde citadas por Noronha, Lima e Machado (2005).

### 4.2.1 Macro-função gestora: Formulação de políticas e planejamento

Segundo Noronha, Lima e Machado (2005) a formulação de políticas e planejamento constitui uma macro-função gestora comum às três esferas de governo. O exercício dessa função se dá mediante os esforços e as iniciativas dos representantes dos entes federativos para elaboração dos seus instrumentos de gestão e para o planejamento das suas ações.

A formulação de políticas e o planejamento dos programas, ações e serviços no âmbito local dependem do processo de descentralização, em que cabe a cada esfera um conjunto de atribuições que, para serem executadas, dependem, por sua vez, de estratégias de negociação e discussão entre os entes federados. Logo, nesse contexto se estabelece uma relação de dependência entre as esferas de governo para garantir o atendimento às demandas e necessidades dos usuários. E, por outro lado, é dada à esfera local a autonomia de decidir nos espaços dos conselhos a implantação e implementação de políticas bem como planejar as ações e serviços (ANDRADE, 2005; ABRÚCIO, 1998; FARAH, 2000; VIANA *et. al*, 2002;). Assim, o processo de descentralização se dá mediante as condições políticas do contexto local.

Para apresentar uma discussão sobre a macro-função gestora de formulação de políticas e planejamento no contexto local estudado apresentamos inicialmente as unidades de análise destacadas no Quadro 6.



QUADRO 6. Enunciações analíticas sobre a macro-função gestora de formulação de políticas e planejamento, maio, 2006.

Posição da autora na gestão	Foco da análise	Como descreve
Âmbito central	Conselhos de saúde como espaço de legitimação de políticas propostas pelo executivo	O conselho daqui ele tem uma participação razoável. Acho que ele poderia ser melhor nas propostas, certo, assim, nas parceiras [...]. Agora assim, as propostas, os projetos que são levados pra lá, então são discutidos, tem sugestões, mas é difícil sair um projeto que seja vindo deles [...] você não vê isso partindo dos conselheiros. A não ser que seja dos próprios gestores (E12).
Âmbito central	Inexistência de política de planejamento	A gente acabou transferindo muita responsabilidade para a atenção básica, a gente acabou descentralizando os programas, ou seja, o programa de saúde da família [...]. E minha preocupação está em que a gente não tem ainda, eu digo também a nível municipal... Mas a nível estadual e federal a gente não tem uma política de planejamento para o crescimento dessa equipe de saúde da família de forma estruturada (E14).
Âmbito intermediário	Não utilização do planejamento como instrumento de gestão	[...] uma dificuldade que a gente enfrenta ainda aqui em Conquista, nessa parte de gestão é a questão de planejamento mesmo. Porque você termina se atropelando, você tem que fazer. Você não planejou, mas você tem que fazer, e aí? Você tira de um lugar pra botar no outro. Então eu acho [...] que uma das grandes dificuldades, não de Conquista, mas de pelo que a gente conhece, pelo que a gente participa aí fora, a questão de planejar e de cumprir o planejamento [...]. A gente tem ai hoje, umas oito profissionais que têm o curso de especialização em gestão. Mas você não vê a aplicabilidade da teoria na prática (E12).

Fonte: Coleta direta dos dados

Numa leitura cuidadosa das entrevistas detectamos a concordância entre as enfermeiras gestoras quanto à participação e discussão de interesses da população, como, por exemplo, acesso aos serviços de saúde, nos espaços dos conselhos locais de saúde. Por outro lado, foi comum nas atas do CMS, bem como nas falas das entrevistadas, o posicionamento quanto a este ser um espaço para legitimação das decisões do gestor máximo e não espaço de formulação de políticas municipais de saúde.

As atas evidenciaram que o CMS não formula políticas, atuando como legitimador das decisões do gestor. Sobre isso, cabe destacar que não foi citado nas entrevistas ou identificado na análise das atas fatores que apontassem para um reconhecimento do constrangimento sofrido pelo executivo municipal. Entretanto, ressaltamos que as esferas estadual e federal constroem de alguma forma a esfera municipal pela determinação das políticas e verticalização nas decisões acerca de programas e serviços de saúde.

Quanto ao planejamento, houve concordância das entrevistadas de que a falta de política de planejamento constitui-se num problema para a gestão local da saúde. No entanto, foi referido por uma das entrevistadas que a falta da adoção do planejamento da saúde no município não se justifica por uma incapacidade técnica, dado que muitas enfermeiras que estão ocupando o cargo de gestão foram preparadas para desenvolver estratégias de planejamento local, já que estas têm curso de especialização em gestão. As entrevistas revelam que na prática política local, o planejamento é utilizado como instrumento formal de gestão e mesmo a Programação Pactuada e Integrada não se efetiva, o que compromete a gestão compartilhada no SUS municipal.

Para o Planejamento e a Programação, que representa a macro-função gestora em saúde em discussão, o Pacto pela Saúde 2006 destaca as responsabilidades dos entes federativos. Dentre as responsabilidades que cabem ao município estão a formulação e o gerenciamento do planejamento, bem como a formulação do Plano Municipal de Saúde e do Relatório de Gestão, além da operação dos sistemas de informação (BRASIL, 2006). É importante destacar que este documento reafirma o compromisso dos entes federativos no exercício das macro-funções gestoras, inclusive o papel dos conselhos de saúde, a quem os instrumentos elaborados devem ser submetidos à discussão e aprovação.

Diante das responsabilidades municipais reafirmadas no Pacto quanto ao planejamento e programação em saúde, sustentamos que o exercício desta macro-função no âmbito local depende do processo de descentralização e das estratégias de negociação e discussões entre os entes federados. E que estas responsabilidades devem ser assumidas não apenas por quem está na gestão macro do sistema, mas também por quem está na gestão dos serviços.

A descentralização, enquanto um contexto macro político na implementação do SUS, tem interferido na realidade local, dado que muitas políticas são determinadas pelas esferas federal e estadual e direcionadas para a esfera municipal para a sua implantação e cumprimento, o que do ponto de vista das gestoras entrevistadas limita a sua atuação, conforme vemos o depoimento de uma entrevistada do âmbito central:

A dificuldade que a gente encontra mais é... porquê as coisas vêm dadas de cima pra baixo (E13).

Enfim, o desenvolvimento da macro-função de formulação de políticas e planejamento do município de Vitória da Conquista acontece, como as entrevistas e as atas revelaram, de forma pouco participativa, visto que o conselho municipal de saúde não tem se constituído num espaço de formulação de políticas, sendo estas apresentadas pelos gestores e legitimadas pelos conselheiros, enquanto nos conselhos locais acontecem algumas discussões sobre as demandas e planejamento de ações nos serviços. Somado a isso, a política de planejamento não se traduz numa aplicação prática no cotidiano de gestão, sendo utilizada como instrumento formal.

#### 4.2.1.1 Atuação da enfermeira na macro-função gestora: Formulação de políticas e de planejamento

Vejam os de forma resumida no Quadro 7 como as enfermeiras têm atuado no desenvolvimento da macro-função gestora de formulação de políticas e planejamento.

QUADRO 7. Enunciações analíticas sobre a atuação da enfermeira na macro-função gestora de formulação de políticas e planejamento, maio, 2006.

Posição da autora na gestão	Foco da análise	Como descreve
Âmbito central	Reuniões dos conselhos	Também a gente está presente quando possível, na reunião do conselho, na reunião de equipe, na comunidade também pra estar respondendo às demandas que a equipe não pode responder [...] (E7).
Âmbito local	Elaboração de instrumentos de planejamento	[...] a gente está participando, discutindo questões, protocolo da assistência de um modo geral. Foi feita a primeira reunião e aí eles [refere-se ao âmbito central] nos chamam (E8).
Âmbito local	Participação em espaços de formulação de políticas e planejamento	[...] quando tem a PPI eles nos chamam, quando tem as conferências de saúde os profissionais vão, a gente é convidada pra ser representante se for eleita. Então eles estão sempre colocando isso pra gente, eles não nos deixam a parte não [...] (E8).

Fonte: Coleta direta dos dados

Os achados evidenciam que as enfermeiras têm pouca atuação nos espaços dos conselhos de saúde, sendo menor ainda no conselho municipal. Inferimos que a tímida atuação das enfermeiras nestes espaços se justifica em parte pela formação acadêmica da enfermeira ser centrada em aspectos técnicos, o que não permite a esta uma inserção no CMS de modo a contribuir para que este seja um espaço de controle social efetivo e de formulação de políticas para o atendimento das necessidades de saúde da população.

Portanto, a interferência das enfermeiras enquanto conselheiras é limitada pela própria macro-política do sistema de saúde. Aliás, a atuação dos conselheiros em geral tem sido limitada no processo decisório, como revelam as atas, dado possivelmente pela verticalização e centralização do poder nas esferas estadual e, especialmente, federal quando se fala de formulação de políticas.

Considerando os achados nas entrevistas, podemos afirmar que as enfermeiras conselheiras do âmbito local (que no caso em estudo são enfermeiras do Programa de Saúde da Família) discutem com os usuários nos espaços dos conselhos locais temas demandados por estes, e que envolvem o planejamento e a programação de ações e serviços, mas estes temas não se expressam na formulação de políticas nestes espaços.

Quanto à atuação das entrevistadas na elaboração dos instrumentos de gestão, inclusive as que ocupam a macro-função de prestação direta de serviços, estas expressam que se sentem participantes deste processo, por “serem convidadas” a discutir protocolos, participar de conferências e da programação das ações. Para estas, a sua importância no processo de gestão se revela por agirem como agentes facilitadoras da articulação com a comunidade e com os gestores do âmbito central da SMS.

Diante do “convite” feito às enfermeiras para participarem de espaços de discussão, como revelou uma das entrevistadas, revela-se que os espaços de participação política no SUS municipal não são utilizados como tal pelas enfermeiras, o que pode ser atribuído à inexistência da valorização da atuação política na formação destas profissionais (FONSECA, 2001).

A atuação política se revela pela consciência dos atores que se vêem participantes do processo. Segundo Cunha (2007) a consciência crítica opõe-se a consciência ingênua. Os indivíduos que têm atitudes ingênuas na sua participação não analisam ou questionam o processo e não percebem as verdadeiras causas dos acontecimentos. No entanto, os indivíduos de consciência crítica apresentam atitudes voluntárias, interesses e questionamentos sobre a discussão política.

O desenvolvimento da consciência crítica nos indivíduos é fundamental para a gestão participativa, pois permitirá aos atores envolvidos assumirem um papel de co-responsáveis na construção de uma prática democrática e descentralizada que atenda aos interesses coletivos, visto o questionamento, a análise e a intervenção que estes farão sobre os interesses em discussão.

Portanto, a análise sobre a atuação das enfermeiras no exercício da macro-função gestora de formulação de políticas e planejamento nos permite considerar que a pouca atuação nos espaços dos conselhos de saúde, bem como o não aproveitamento destes espaços se justificam, em parte, pela consciência ingênua destas, que não questionam sobre o processo de políticas e gestão, e esperam para ter alguma atuação, sempre o convite.

#### 4.2.2 Macro-função gestora: Financiamento

Para o custeio das ações e serviços do SUS faz-se necessário a transferência de recursos federais para os estados e municípios, além dos recursos próprios que estas esferas de governo devem investir na saúde. É neste contexto que se dá o exercício da macro-função de financiamento.

Analisando a situação brasileira, e contextualizando com o movimento da política econômica neoliberal, contra-hegemônico ao SUS, que é uma política de natureza democrática, o Estado não tem interferido de forma potencial sobre a desigualdade social brasileira, visto a sua prática neoliberal que se evidencia no processo de uma descentralização mesmo na saúde, mais aparente que real. Esta tem consistido em transferir funções para unidades estatais territorialmente menores, enquanto no plano financeiro tendem a centralizar os recursos na União. Devido a essa descentralização incompleta chega-se a inviabilizar, parcial ou integralmente, o funcionamento de programas e serviços locais de saúde (LUZ, 2000).

Vejamos na realidade local estudada as enunciações de enfermeiras acerca do financiamento.

QUADRO 8. Enunciações analíticas de enfermeiras sobre a macro-função gestora de financiamento, maio, 2006.

Posição da autora na gestão	Foco da análise	Como descreve
-----------------------------	-----------------	---------------

Continua...

QUADRO 8. Continuação

Âmbito local	Gestão dos recursos financeiros	Eu acho que a intenção é boa, tem boa intenção, mas não é suficiente. A disponibilização de recursos, eu não sei se seria a distribuição dos recursos, o que seria, se é a questão da própria gestão em estar articulando o que há disponível para gerar a saúde, não sei [...] Eu acho que é a falta de recursos também... (E9).
Âmbito intermediário	Política de financiamento de estratégias e serviços	Algumas situações, a questão mesmo financeira. Por que a gente precisa pra trabalhar com políticas de saúde, você precisa de recurso. Eu digo assim, o recurso da vigilância, pra gente, é muito pouco, é muito escasso (E11).
Âmbito intermediário		Eu acho que tem duas grandes dificuldades. Uma é o financiamento, que ele realmente é muito pouco pra o que você tem que fazer (E12).
Âmbito intermediário		Porque não adianta você só ter um hospital o Esaú Matos, que é o hospital que atende e tem alta complexidade, que tem UTI neonatal com custo altíssimo. Aí implantou a UTI neonatal. Como é que você mantém a UTI neonatal, com cinco leitos, então, um número reduzido de leitos, com um custo tão alto, se você não tem um orçamento específico para aquilo? O que o SUS paga, o que o governo federal repassa para UTI é muito abaixo [...] (E12).
Âmbito central		Pra mim, talvez a maior dificuldade atualmente seja a questão do financiamento. Porque a gente precisa implantar mais equipes de saúde da família em locais que já está estrangulado. Então, está estrangulado e eu não tenho condição financeira de colocar outra equipe pra dividir aquela área [...]. Então, com relação ao financiamento a gente tem muita dificuldade, e eu acho que essa Emenda Constitucional 29, a gente está rezando pela emenda 29, pra vê se modifica a forma de financiamento (E14).
Âmbito central	Orçamento participativo	[...] o município faz o congresso do Orçamento Participativo a cada dois anos, faz as reuniões, as plenárias e culmina com o orçamento. O congresso, na verdade, ficou intercalado em dois anos por causa do pleito municipal, e aí nós, a gente articula esses trabalhos todos [...] conseguimos articular todos esses trabalhos ao Plano Plurianual. E aí com este plano que a gente realizou ano passado, no início, a gente conseguiu definir o quadriênio, amarrar em cima de definições que vieram da base, da ponta, da população, e daí a gente está agora construindo o plano municipal de saúde (E13).

Fonte: Coleta direta dos dados

Conforme nos revela o Quadro 8, as enfermeiras do âmbito local se remetem à gestão dos recursos financeiros, enquanto as enfermeiras que atuam no âmbito central referem-se à política de financiamento do sistema.

Todas as entrevistadas convergiram em identificar o financiamento como um problema para a operacionalização do sistema de saúde. Problema esse que não é local ou específico do município de Vitória da Conquista, mas que é inerente à realidade da maioria dos municípios brasileiros. Conforme as entrevistadas, o município aplica o que recebe, mas mesmo assim os recursos são insuficientes. Apenas uma entrevistada, do âmbito local, atribuiu ao problema do financiamento, além da não disponibilidade de recursos, a deficiência na gestão destes.

As entrevistadas afirmaram que os recursos financeiros são insuficientes para sustentar os programas definidos no Ministério da Saúde e os serviços de saúde, como a vigilância citada pela entrevistada do âmbito intermediário. E, além disso, outras gestoras destacaram que as cotas de exames estabelecidos pelo teto financeiro ministerial são insuficientes para o atendimento integral das necessidades dos usuários, inviabilizando desta forma o funcionamento dos programas e serviços de saúde. Portanto, a situação do município estudado não é diferente do restante dos municípios brasileiros. Caracteriza-se pela insuficiência na oferta de serviços, o que pode ter como uma das causas a limitação dos recursos financeiros repassados pela esfera federal, pois retomando a citação de uma entrevistada do âmbito central “as decisões são dadas de cima para baixo”, inclusive sobre o quantitativo de recursos financeiros.

As conseqüências da falta de autonomia dos municípios para decidir sobre suas metas e seus recursos, inclusive financeiros, têm inviabilizado a prestação de serviços à comunidade. Em Vitória da Conquista, a verticalização na tomada de decisões (União para estado, União para município, estado para município) têm caracterizado a natureza conflituosa da gestão financeira da saúde, visto que o município é obrigado a pactuar serviços com outros municípios, o que sobrecarrega a capacidade de oferta real dos serviços, não atendendo nem mesmo às demandas dos próprios munícipes. Sobre isso nos afirma uma gestora do âmbito local:

[...] um problema sério que é o número de cotas [refere-se ao número de AIH e exames de média e alta complexidade]. Conquista, você sabe que Conquista tem os profissionais que atendem aqui, aí pega Vitória da Conquista e não sei quantas outras cidades na pactuação. Mas, ainda dentro daquela cota de Conquista eles ainda têm que dividir pra todas as unidades tanto de zona urbana quanto de zona rural, isso é um entrave, é um problema seríssimo (E8).

Diante disso, inferimos que a pactuação não tem gerado um repasse suficiente de recursos financeiros pelos municípios da Região, comprometendo os gastos do SUS de Vitória da Conquista para atender, além das demandas dos próprios munícipes, a demanda dos municípios vizinhos com quem pactua a prestação de serviços.

Sobre o condicionamento da transferência de recursos federais à implantação de programas e serviços de saúde, o que é real no contexto brasileiro, além do conflito gerado com a esfera estadual, o município tem sua decisão limitada pela esfera federal, dado que esta determina o quantitativo de recursos disponíveis para o desenvolvimento das ações municipais em saúde. Além disso, apesar do princípio da descentralização que deve reger a operacionalização dos serviços no SUS, grande parte das transferências dos recursos financeiros estão condicionadas à implantação, implementação ou ampliação de programas específicos e ações, o que significa a centralização do poder sobre os recursos financeiros e a determinação de políticas e programas de saúde, ambos pela esfera federal.

O município de Vitória da Conquista tem um PAB variável significativo, recurso proveniente da implementação e ampliação de serviços básicos de assistência à saúde, se comparado a outros municípios brasileiros de porte populacional similar. Pois, desde 1998, com a municipalização da saúde, Vitória da Conquista cresce na oferta de serviços de saúde e implantou outros serviços especializados, o que tem gerado mais recursos. No entanto, visto que os municípios com quem Vitória da Conquista pactua a oferta de serviços de maior complexidade não atendem adequadamente às necessidades básicas dos seus munícipes, o SUS de Vitória da Conquista tem se sobrecarregado para atender problemas em quantidade maior do que as cotas pactuadas. Tal fato tem causado sérios problemas na gestão, o que em médio prazo pode comprometer a sustentabilidade do SUS municipal, mesmo nos patamares de resultados atualmente alcançados.

Portanto, o município em estudo tem assumido cada vez mais responsabilidades que, segundo nos revelou as entrevistas, não crescem proporcionalmente ao aporte de recursos financeiros federais e estaduais.

Foram citados pelas entrevistadas os vários serviços ofertados pelo município, por exemplo, o Centro de Atenção Psicossocial; o Centro de Referência DST/Aids; a Farmácia Popular; o Samu 192 e a Central de Marcação de Consultas. Além de outros que não foram citados como o Centro Especializado em Odontologia; o Centro Municipal Especializado em Reabilitação Física; o Controle de Endemias; o Laboratório Municipal e os 163 centros de saúde rurais que atendem a população que vive no campo (PREFEITURA..., 2005). Todos



estes serviços são gerenciados pela secretaria municipal da Saúde e seu funcionamento depende na maioria dos recursos financeiros repassados pela esfera federal.

Na nova perspectiva de gestão da saúde a ser firmada conforme a proposta do Pacto pela Saúde, as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite são: critérios de alocação equitativa de recursos; reforço dos mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integração do financiamento federal em grandes blocos; estabelecimento de relações contratuais entre os entes federativos. Este documento define que o financiamento para a Gestão do SUS destina-se ao custeio de ações específicas relacionadas com a organização dos serviços de saúde, acesso da população e critérios de aplicação dos recursos financeiros do SUS (BRASIL, 2006).

Entretanto, embora esses critérios pareçam introduzir novas formas de financiamento, o Pacto reafirma a determinação federal sobre os critérios de repasse dos recursos destinados a estados e municípios.

A não aplicação da Emenda Constitucional n. 29, de 2000, que define novas regras para o financiamento da saúde e o percentual a ser disposto pelos entes federativos para a execução desta política foi um problema também citado pelas entrevistadas. Segundo a EC n. 29 cabe a união o investimento financeiro na saúde, calculado considerando o valor corrigido pela variação do PIB acrescido de 5%. Ao estado e Distrito Federal ficou estabelecido o financiamento de 12% até 2004. E aos municípios cabe o investimento em saúde de 15% (BRASIL, 2000). No entanto, a determinação desses percentuais, segundo a emenda proposta até 2004, precisa ser atualizada. Pois, do ponto de vista das gestoras entrevistadas o investimento do ente federal tem sido insuficiente e não tem crescido.

Vale lembrar que o município estudado, segundo as entrevistadas, tem cumprido com o percentual de financiamento conforme estabelecido na EC n. 29. No entanto, a não atualização dos critérios de alocação de recursos pela esfera federal tem se constituído num principal fator limitante para a oferta suficiente de serviços de atenção à saúde da população.

Posto isso, um dos maiores desafios dos gestores no exercício de suas funções de governo local é alcançar resultados com os limitados recursos que se dispõem. O que cabe inclusive aos gestores municipais de saúde de Vitória da Conquista, que têm como proposta de controle e regulação dos recursos financeiros o orçamento participativo.

A proposta de Orçamento Participativo (OP) é uma forma de participação popular na administração pública que emergiu nas duas últimas décadas no Brasil. O OP parece constituir um modelo de gestão pública que, ao incorporar como objetivos favorecer a participação regular dos cidadãos na gestão estatal e aumentar o controle permanente do

Estado pelas organizações da sociedade, pode contribuir significativamente para a ampliação da esfera pública. No entanto, sua implementação concreta enfrenta uma série de dificuldades, cuja superação exige esforço continuado e de longo prazo (BOSCHI, 1999).

Baseado no estudo comparativo sobre a experiência de orçamento participativo nas cidades de Belo Horizonte e Salvador realizado por Boschi (1999), destacamos alguns fatores que dificultam a implementação da proposta do OP, como por exemplo, a falta de articulação entre planejamento e orçamento; a ausência de uma efetiva descentralização administrativa no âmbito municipal; a insuficiente participação da população no processo de elaboração orçamentária, o que no espaço dos conselhos se dá pela desproporção das organizações que o compõem, o que reflete o jogo de interesses e disputas de poder. Uma das dificuldades mais evidentes nos municípios estudados na implantação do OP é a limitação de recursos, cuja maior parte está comprometida com os encargos fixos (com pessoal, despesas de manutenção, serviços da dívida, etc.).

Em Vitória da Conquista, o orçamento participativo retomou a idéia de democracia, reafirmando a natureza participativa da gestão pública. Uma entrevistada do âmbito central referiu sobre a articulação do orçamento com o plano plurianual, o que destacamos como a superação de um fator limitante para a implementação do OP na realidade estudada. No entanto, as falas das nossas entrevistadas revelaram que o município enfrenta a maioria das dificuldades peculiares aos conselhos de saúde da maioria dos municípios brasileiros, dado que a análise das atas do CMS mostrou que efetivamente este não decide sobre o aporte e alocação de recursos financeiros, quase sempre aprovando as propostas da SMS.

#### 4.2.2.1 Atuação da enfermeira na macro-função gestora: Financiamento

No que tange a atuação da enfermeira no desenvolvimento da macro-função gestora de financiamento destacamos que a enfermagem na década de 90 esteve voltada para a forma de administrar fundamentada nas teorias da administração, direcionando suas ações para a produtividade do trabalho, métodos de avaliação de custos e benefícios e adequando-se aos interesses institucionais (FERRAZ, 1992). Atualmente a situação não é muito diferente, e a enfermeira tem suas ações também direcionadas para o controle dos custos, além da adequação das atividades de acordo com as metas definidas pela esfera federal.

Considerando a atuação da enfermeira no financiamento da saúde em Vitória da Conquista, destacamos que as entrevistas nos deram pouco suporte para esta análise, pois esta temática, quando referida, o foi de forma inconsistente. Isto não nos permitiu analisar a inserção da enfermeira no processo de tomada de decisão sobre os recursos financeiros.

O que se pode destacar para análise é o fato de que as enfermeiras são convocadas para as reuniões de elaboração do orçamento participativo e são motivadas a participar mais porque estas reuniões são realizadas fora do horário de trabalho e se obter uma folga correspondente. No entanto, também há referências ao interesse de participar deste processo como forma de compreender o próprio SUS, como revela a entrevistada abaixo:

Para o orçamento participativo mesmo elas foram, mas pra depois tirar como folga, não é assim uma questão muito de ir por conta própria. [...], mas tem aquelas, uma grande maioria conhece e vai pra entender o processo no sistema de saúde (E7).

Os achados confirmam que as reuniões do orçamento participativo constituem-se, possivelmente, na única forma de participação das enfermeiras nesta macro-função gestora.

Tal fato confirma porque na fala das entrevistadas os aspectos referentes ao financiamento emergem poucas vezes e de forma inconsistente.

O depoimento acima revela também que é reconhecida pela enfermeira do âmbito central a importância em participar das reuniões sobre o orçamento participativo. Isto posto, podemos afirmar que não há uma inserção desta profissional neste momento do processo de decisão, ainda que estas ocupem espaços em todas as macro-funções analisadas neste estudo.

Deste modo, ainda que gestoras do SUS municipal, as enfermeiras não participam de espaços de decisão considerados de maior importância, identificando-se que estas profissionais aparentemente não percebem os recursos de poder em jogo na gestão do SUS. Isto pode significar o distanciamento destas profissionais de uma prática política, o que nos leva a refletir sobre a formação profissional da enfermeira, como predominantemente técnica e que pouco estimula a expressão de uma consciência crítica na vida profissional.

#### **4.2.3 Macro-função gestora: Coordenação, regulação, controle e avaliação de ações, bens e serviços e do sistema de saúde**

A macro-função gestora de coordenação, regulação, controle e avaliação do SUS é uma atribuição das três esferas de governo. Ao município, em especial, cabe organizar a porta

de entrada do sistema, estruturar a rede básica, estabelecer fluxo de referência e contra-referência e buscar integrar a rede de serviços e promover a articulação com outros municípios. Entretanto, cabe a União elaborar normas de orientação quanto à regulação do sistema e avaliação do desempenho, as quais serão utilizadas pelos gestores estaduais e municipais (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2005).

Sobre esta categoria analítica, dentre os principais objetos de discussão, identificados a partir das entrevistas, destacamos os problemas quanto à pactuação de ações e serviços e a insuficiência da cota de exames para atender aos seus munícipes e aos seus vizinhos.

A Programação Pactuada Integrada (PPI) constitui-se num instrumento de gestão que deve ser firmado mediante a negociação entre o estado e os municípios, e entre municípios na programação de metas estabelecidas de acordo com o teto orçamentário previsto pela União (BRASIL, 2001). A centralização dos recursos federais e a inflexibilidade de negociação e pactuação das metas têm levado a insuficiência na oferta de serviços de saúde, visto as disparidades regionais e às necessidades locais específicas.

A realidade em Vitória da Conquista não é diferente. A insuficiência na cota de exames foi reafirmada por quase todas as entrevistadas, o que segundo elas tem levado a população conquistense a caracterizar o sistema municipal de saúde como inacessível e não resolutivo.

QUADRO 9. Enunciações analíticas sobre a macro-função gestora de coordenação, regulação, controle e avaliação de ações, bens e serviços e dos sistemas de saúde, maio, 2006.

Posição da autora na gestão	Foco da análise	Como descreve
Âmbito local	PPI: insuficiência dos procedimentos pactuados para atender à população	[...] Às vezes você é forçado a pactuar uma coisa que você não tem. Por exemplo, dermatologia. Você tem dois dermatologistas na rede e queria que pactuasse um número de consultas dermatológicas, que se juntar esses dois, trabalhando exclusivamente pro SUS, não tinha condições de chegar a 10% do que pactuou. Então é a questão também operacional mesmo da coisa. [...] Então você fica... é meio difícil, como é que você pactua uma coisa se você não tem condição de garantir? (E14).
Âmbito central		
Âmbito local		[...] há um entrave por conta da questão do atendimento às pessoas, porque [...] a gente tem um sistema aqui, difícil, poucas vagas disponíveis pra população, muitos problemas quanto a isso na questão de marcação de exames [...] (E9). [aqui a autora refere-se à pequena cota de exames para atender as necessidades da população]

Continua...

QUADRO 9. Continuação

Âmbito central	Instrumentos de Planejamento e Avaliação	[...] a gente entrou de corpo e alma numa AMQ, que é Avaliação da Melhoria de Qualidade, que vai servir para avaliar desde o trabalhador da ponta até o nível de gestão. Então, esse é um instrumento que a gente está apostando tudo, a gente está começando a distribuir material entre as equipes de PSF e já estamos começando a responder pra começar a botar no sistema. [...] Agora a gente criou na atenção básica alguns outros parâmetros de avaliação. Dentro desses parâmetros a gente olhou, a gente avaliou, primeiro, dividiu a atenção básica [...] por seis coordenadores, certo, ou seja, supervisores. E cada supervisor juntamente com a equipe traçou o perfil epidemiológico daquela equipe de saúde da família [...]. De acordo com esse perfil [...] a gente está fazendo a pactuação entre as equipes. Nós utilizamos como instrumentos os índices do SIAB e alguns outros índices (E14).
Âmbito central		Bom, instrumentos de planejamento nós temos inicialmente o plano municipal de saúde, que está amarrado... Na verdade é instrumentos da gestão municipal. A Lei Orçamentária, o PPA Plano Plurianual, a Lei Orçamentária e daí a gente desdobra o plano municipal de saúde (E13).
Âmbito central		Mas enfim, então temos a PPI da vigilância a saúde, da vigilância sanitária, da epidemiológica, PPI da média complexidade. São os quatro instrumentos de gestão que a gente tem que dá conta, que tem plano, que tem que trabalhar com eles, fazer planejamento de nossas ações, diretamente, e aí desdobra em uma série de outros instrumentos de planejamento, de gestão e de avaliação também, o próprio sistema de informação traz isso, mais o relatório de gestão, que ele é um instrumento de avaliação, mas também ele serve como base de planejamento pra uma reavaliação, um re-planejamento das ações para o ano subsequente (E13).

Fonte: Coleta direta dos dados

Dentre os motivos apontados pelas entrevistadas que justificam a insuficiência na oferta de ações e exames, destacamos a falta de recursos financeiros municipais, a determinação das cotas na PPI pelo estado e a obrigatoriedade em pactuar com outros municípios serviços ou ações que não são suficientes para atender os próprios municípios. Isto tem afetado a capacidade de atender às demandas dos municípios e da população residente nos sessenta e três (63) municípios que pactuam serviços de saúde com Vitória da Conquista.

Destacamos que foi evidenciada pelas entrevistadas a utilização dos instrumentos de planejamento e gestão como instrumentos formais e normativos, e que não foi possível evidenciar as repercussões destes sobre a operacionalização dos serviços.

A responsabilidade regulatória do SUS, inclusive sobre o sistema de assistência médico-supletiva, tem se constituído em um dos maiores desafios para a gestão da saúde. Associado a isso a instabilidade e a insuficiência do financiamento público tem causado descontentamento à população que busca ser assistida pelo SUS e que não tem suas necessidades atendidas (UGÁ e SANTOS, 2006).

O Pacto pela Saúde 2006 pontua as responsabilidades das esferas de governo na Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria, a macro-função gestora em discussão. Entre as responsabilidades dos municípios está o monitoramento e fiscalização dos recursos financeiros transferidos; adoção de protocolos de regulação de acesso e controle da referência a ser realizada com outros municípios de acordo com a PPI. E devido à complexidade da rede de serviços existente em alguns municípios como em Vitória da Conquista, o Pacto estabelece que é atribuição do município definir a programação físico-financeira por estabelecimento de saúde; operar o complexo regulador dos serviços presentes no seu território; executar o controle do acesso dos seus munícipes aos leitos disponíveis, às consultas, terapias e exames especializados disponíveis no seu território; monitorar e fiscalizar os contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados; implementar a avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos de saúde; implementar a auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde sob sua gestão (BRASIL, 2006).

Na operacionalização do sistema de regulação em Vitória da Conquista uma das barreiras identificadas é a limitada cota de exames e outros serviços de média e alta complexidade definida pelo estado e que não atende as necessidades dos próprios munícipes e tão pouco dos municípios pactuados.

Sobre o controle, um dos problemas identificados pelas entrevistadas para a operacionalização efetiva do SUS é a falta de fiscalização no âmbito das três esferas federativas, dado que as responsabilidades de cada ente não estão definidas de forma clara e não existe um órgão fiscalizador para fazer cumprir com o que é programado. E quanto à fiscalização e controle dos recursos financeiros uma entrevistada do âmbito central referiu o seguinte: “tem prestação de contas no conselho municipal, tanto da parte da prefeitura como dessa associação, a cada três meses, e na câmara dos vereadores”. No entanto as atas revelaram que as contas trimestrais submetidas à apreciação e aprovação dos conselheiros de saúde e as propostas do gestor são quase sempre homologadas, não revelando uma capacidade de negociação política, mesmo quanto aos aspectos da gestão local.

Com a reforma da administração pública no Brasil, o controle, que antes era realizado apenas pelos administradores e estruturas de controle externo e interno, passa a ser,

adicionalmente, a combinação de diferentes tipos de controle, dentre eles o controle social, por meio do qual os cidadãos avaliarão os serviços públicos ou participarão de sua gestão. O controle social é um instrumento fundamental para se lidar com a complexa relação entre os cidadãos e seus agentes, os políticos e os burocratas (CENTRO..., 1999).

Em Vitória da Conquista, as atas do CMS revelam que o controle social acontece de forma incipiente. Nos conselhos locais, as entrevistas revelaram que os representantes dos usuários utilizam estes espaços para questionarem seus interesses e demandas acerca do acesso nos serviços de saúde e sobre o atendimento dos profissionais que atuam nestes.

Sobre as práticas de avaliação na gestão municipal de Vitória da Conquista, a pesquisa de Pestana (2002) mostrou que uma das principais dificuldades apresentadas é a falta de cultura de avaliação pela gestão pública, além da inexistência de uma postura do Ministério da Saúde que promova a prática da avaliação nos estados e municípios.

Quanto aos resultados deste estudo sobre a avaliação, o município tem desenvolvido a Avaliação da Melhoria de Qualidade (AMQ). Como instrumento de gestão, esta avaliação, em processo de implantação, segundo uma entrevistada do âmbito central, buscará criar dados que traduzam a qualidade dos serviços, de modo a melhorar a prestação e a qualidade da oferta. Conforme revelada por esta entrevistada, a primeira experiência foi nas áreas das equipes de saúde da família, com a criação de indicadores para conhecer as necessidades de atenção à saúde da população e monitorar a situação de saúde, o que segundo a entrevistada serão informações a serem utilizadas também para o planejamento. Entretanto, apesar da iniciativa, uma outra gestora do âmbito central reconhece que o sistema de avaliação dos serviços e ações de saúde em Vitória da Conquista ainda é falho “acabou cada um cumprindo algumas coisas, mas a gente não sentou pra avaliar. Então eu acho que nesse aspecto, a gente ainda está bem falho”, o que para nós justifica-se pela falta de um sistema efetivamente implantado e pela inexistência de críticas sobre o já existente, dado a insipiência da implantação do próprio processo de avaliação municipal.

#### 4.2.3.1 Atuação da enfermeira na macro-função gestora: Coordenação, regulação, controle e avaliação de ações, bens e serviços e do sistema de saúde

Quanto ao desenvolvimento da macro-função de coordenação, regulação, controle e avaliação do SUS em Vitória da Conquista, as enfermeiras têm se inserido em diversos

espaços da secretaria municipal da Saúde, como por exemplo, na coordenação da Atenção Básica, da Vigilância Epidemiológica e do Samu, na gerência de Alta Complexidade, além da coordenação da Central de Marcação de Exames e na Central de Regulação.

A ocupação destes cargos pelas enfermeiras revela a importância destas profissionais na sustentabilidade e operacionalização do SUS de Vitória da Conquista. No entanto, as entrevistadas revelaram que ao executarem esta macro-função sentem-se limitadas nas suas decisões visto a insuficiência na transferência de recursos federais e a determinação de cotas de serviços e exames pela esfera estadual.

Portanto, as enfermeiras que atuam no SUS municipal de Vitória da Conquista têm desempenhado esta macro-função de forma limitada, visto que não participam do processo decisório, o qual cabe às esferas estadual e federal. No entanto, buscam articulação no próprio setor da saúde para de forma compartilhada coordenar, regular, controlar e avaliar as ações, bens e serviços de saúde.

Vejamos no próximo quadro aspectos destacados quanto à atuação das enfermeiras no desenvolvimento desta macro-função gestora.

QUADRO 10. Enunciações analíticas sobre a atuação da enfermeira na macro-função gestora de coordenação, regulação, controle e avaliação de ações, bens e serviços e dos sistemas de saúde, maio, 2006.

Posição da autora na gestão	Foco da análise	Como descreve
Âmbito local	Atuação das enfermeiras na	[...] a gerente é como se fosse [...] uma dona de casa, a dona de casa aqui do posto, tem que ver tudo: se os funcionários estão tratando bem os pacientes, se está faltando algum tipo de material, é controlar os recursos humanos, é conseguir vagas para pacientes através das consultas, solicitação de procedimentos [...] (E5)
Âmbito central	coordenação de programas e serviços de saúde	Minha participação [na gestão] é, assim, é uma participação que eu tenho interagir bastante com as equipes, avaliar as demandas que elas têm, tentar responder e de todas as maneiras dar uma resposta seja positiva ou negativa, mas dar um retorno, pra comunidade também. A gente está presente quando possível na reunião do conselho, na reunião de equipe, na comunidade também pra estar respondendo às demandas que a equipe não pode responder (E7).

Continua...



QUADRO 10. Continuação

Âmbito intermediário	Atuação das enfermeiras na regulação do SUS	Olha só, eu acho que existem profissionais que realmente vestem a camisa [...] mas existe muitos profissionais que interrompem a continuidade daquilo que poderia ser a cadeia, a rede de funcionamento do serviço (E4) [aqui a entrevistada se refere aos encaminhamentos que não são feitos pelos profissionais, quando deveriam fazê-los].
Âmbito intermediário	municipal: Sistema de referência e contra-referência	Olha só, o Cemae, que é onde marca, ele manda pra gente todo mês uma cota mensal [...]. Então, chega sempre no final do mês essa lista com a quantidade de vagas. Aí, no início mês eles botam as vagas lá fora, aí tem gente que dorme na fila pra conseguir e tal e muitos não conseguem, aí chega até mim pra conversar [...] pra ver se eu posso intermediar, conseguir essa marcação, aí eu tenho que analisar caso por caso, ver os casos mais graves fazer bilhete pro Cemae explicando a situação daquela pessoa pra ver se eles conseguem marcar dentro da própria lista (E5).
Âmbito local	Atuação das enfermeiras no controle do sistema e serviços de saúde no espaço do CMS	[...] A reunião do conselho é tipo 6 horas da tarde, já é fora do horário de trabalho. Alguns profissionais têm o terceiro turno, eu não tenho o terceiro turno. Aí quando eu chego em casa e lembro que tem que ir pra a reunião do conselho, aí vai me dando aquela preguiça. É a verdade. Eu já fui pra reunião do conselho, mas nunca começava no horário, era marcada pras 6, esperava as pessoas chegarem, até ter o quorum, aí quando começava era umas 7, 7 e meia. Aí não tem quem tem saco... Eu fui umas duas vezes e acabei desistindo, mas seria importante se nós profissionais participássemos (E8).
Âmbito local		[...] essa participação na gestão também seria mais efetiva se a gente participasse das reuniões do conselho municipal de saúde [...] (E8).

Fonte: Coleta direta dos dados

O quadro acima revela a opinião convergente das gestoras entrevistadas, ocupantes de variadas funções, sobre a atuação destas voltadas para o atendimento das demandas, o que evidencia uma atuação sem planejamento e de alguma forma articulada com outros serviços, visto que buscam sempre dar “jeitinhos” para resolver problemas. Revela, ainda, a concordância das entrevistadas sobre os limites para a atenção integral que se configuram pela ineficácia da referência, dado a insuficiente cota de exames e serviços, e a inexistência da contra-referência. E, também, a incipiente atuação destas no espaço do CMS.

No sistema municipal de saúde de Vitória da Conquista, segundo revelou uma das gestoras do âmbito central, as enfermeiras têm executado as ações de coordenação através do compartilhamento de decisões com as enfermeiras que atuam na ponta do sistema, através de discussões com as equipes e da participação das reuniões no conselho e com a comunidade.

Embora as enfermeiras do âmbito intermediário também atuem na regulação, e visem atender as necessidades da população, estão limitadas ao atendimento da determinação e dos interesses estabelecidos pelas políticas implantadas a partir do governo federal ou estadual, caracterizando a natureza conflituosa desta função. Fato parecido com este acontece com o controle das ações e serviços, onde nos espaços dos conselhos a limitada autonomia municipal tem expressão na formulação das políticas e os recursos determinados pelo ente federal.

Quanto ao sistema de referência e contra-referência, as entrevistadas destacaram que consistem em atribuições que permitem a efetiva operacionalização do SUS, mas afirmam que não há um compromisso por grande parte das profissionais na execução dessas ações, impossibilitando a continuidade no atendimento e a atenção integral à população. Embora seja essa a visão dessas entrevistadas, discordamos em parte desta afirmação, pois a realidade dos municípios baianos revela a inexistência e a inoperância dos sistemas de referência e contra-referência principalmente pela insuficiência na oferta de serviços, no entanto não descartamos a possibilidade de que alguns encaminhamentos possam ser feitos a outros profissionais que por vários motivos podem levá-lo a não contra-referenciar o usuário para a unidade de procedência.

Os achados revelaram que a ineficácia no sistema de referência e a não existência da contra referência têm-se constituído nos principais problemas para a garantia de uma prática de atenção integral no município de Vitória da Conquista.

Quanto à atuação das enfermeiras no controle do sistema e serviços de saúde, destacamos as reuniões com a coordenação e especialmente as reuniões do conselho, conforme constatamos no relato de uma entrevistada do âmbito local:

[...] tem um fator bom aqui em Conquista que é as reuniões mensais tanto com a equipe, de gerente, dos PSF e de enfermeiras do Pacs que tem mensalmente que são discutidas essas questões, quase todas as unidades têm o conselho local, a gente aqui tem o conselho local, nas unidades de saúde da família a maioria já tem o seu conselho local, o pessoal participa, tem unidade que a comunidade é bastante atuante (E6).

Em Vitória da Conquista, os achados revelaram que a atuação da enfermeira não conselheira no CMS se dá quando os assuntos em pauta dizem respeito àquela coordenação ou área de atuação, oportunidade em que devem se manifestar nas reuniões e estar presente por obrigação da função gestora que ocupam e não por uma atitude voluntária de engajamento nas reuniões. Já nos conselhos locais, as enfermeiras conselheiras têm mediado discussões sobre planejamento e acesso dos usuários, o que constitui uma forma de atuação desta profissional na gestão local. Este fato traz novamente a discussão sobre a formação das enfermeiras, estritamente centrada na técnica e sem desenvolvimento de uma consciência crítica.

Logo, a atuação das enfermeiras nesta macro-função gestora tem se dado nos espaços da secretaria, no âmbito central, no âmbito intermediário e, inclusive, nas unidades básicas de saúde, onde estas profissionais têm assumido além da assistência, a gestão do serviço, ou seja, a coordenação, a avaliação, a regulação e o controle. No entanto, suas ações têm sido limitadas por problemas identificados no próprio sistema local e devido aos constrangimentos nas relações estabelecidas com as outras esferas de governo.

#### **4.2.4 Macro-função gestora: Prestação direta de ações e serviços de saúde**

Com o exercício de ações e serviços pelos estados e municípios, a transferência de recursos federais ocorre principalmente para os municípios que têm ampliado significativamente a prestação de ações de saúde. Isso significa que a esfera local tem cumprido cada vez mais a macro-função gestora de prestação direta de serviços e ações de saúde para seus munícipes.

A partir dos achados, destacamos como principais objetos de discussão que emergem das entrevistas a oferta de serviços na rede básica e a articulação entre as unidades e serviços de saúde.

O discurso de quem está no âmbito local, ou seja, na burocracia de linha do sistema, destaca a falta de qualidade na oferta das ações básicas, atribuída pela falta de recursos e medicamentos e pela insuficiência na oferta de exames complementares, o que segundo as entrevistadas representam as principais queixas dos usuários quanto ao sistema de saúde de Vitória da Conquista. Entretanto, quem está no âmbito central aponta ser a atenção básica a prioridade do município, embora uma outra entrevistada, gestora neste âmbito, tenha revelado

que as falhas na oferta das ações básicas se justificam devido à inexistência de uma política de planejamento na SMS.

Para melhor compreender a oferta de serviços básicos de saúde e a articulação entre as unidades para a prestação destes, apresentamos o Quadro 11 que retrata falas que caracteriza o desenvolvimento da macro-função gestora de prestação direta de ações e serviços de saúde na realidade estudada.

QUADRO 11. Enunciações analíticas sobre a macro-função gestora de prestação direta de ações e serviços de saúde, maio, 2006.

Posição da autora na gestão	Foco da análise	Como descreve
Âmbito local	Estratégia de Saúde da Família	Bom, aqui a equipe de saúde da família [...] tenta seguir aquela rotina que o Ministério da Saúde prevê pra saúde da família, adequando às necessidades da comunidade dentro da medida do possível [...] (E1).
Âmbito local	Articulação para garantir a prestação da assistência	[...] o PSF, aqui a gente tem articulação através do conselho local de saúde com a comunidade, a comunidade participa, a secretaria de saúde recebe também as informações que a gente passa [...]. Então, eu acredito que quem está na coordenação vai utilizar estes dados que a gente capta aqui pra estar elaborando esse plano de gestão, pra estar ampliando, conhecendo os problemas da comunidade e assim melhorando e realmente atuando nessa questão da gestão [...] (E1).
Âmbito local		[...] a gente está utilizando estas formas de articulação via telefone a gente sempre procura ligar pra facilitar a vida do usuário no serviço, ficha de referência é por aí (E1).

Fonte: Coleta direta dos dados

Os achados revelaram que o município de Vitória da Conquista tem priorizado a implantação de equipes de saúde da família, dado que revela o empenho da gestão local em imprimir uma estratégia de mudança de modelo assistencial, o qual deve estar voltado prioritariamente para a prevenção e promoção da saúde com as práticas centradas nas equipes de saúde.

No entanto, segundo uma das entrevistadas, o município tem ampliado numericamente a implantação destas equipes sem que a qualidade dos serviços ofertados esteja assegurada, principalmente na garantia de acesso a procedimentos e serviços de média e alta complexidade.

As entrevistas revelaram que o sistema municipal de saúde estudado não é diferente do restante dos municípios brasileiros, enfrentando muitos obstáculos para garantir a oferta de serviços e ações de saúde à população, condição que se agrava se considerarmos a universalidade do acesso e a integralidade da assistência.

Percebemos, através das entrevistas, que o desenvolvimento desta macro-função gestora tem se dado mediante ações não planejadas e mediante a utilização de tentativas locais para superar obstáculos e de algum modo facilitar o acesso, como visto na fala da gestora do âmbito local E1 no Quadro 11.

Quanto à acessibilidade e resolutividade dos serviços de saúde no município, estas se encontram comprometidas por conta do limitado acesso da população dado a insuficiência dos serviços e cotas de exames disponíveis. No entanto, ressaltamos que a insuficiência dos serviços pode ser parcialmente justificada pelo modo como a PPI é processada pelo governo estadual, que determina metas de ações e serviços que não podem ser cumpridos. Além disso, outra entrevistada, do âmbito central, aponta a dificuldade na articulação de ações inter-setoriais bem como as dificuldades do sistema em agir para responder à demanda e às necessidades de saúde da população: “tem dificuldade em relação a essa integralidade das ações inter-setoriais ser muito complicado. A gente tem muita demanda, também, a gente tem essa dificuldade de está respondendo”.

Quanto à articulação para garantia da assistência, as entrevistadas referiram que grande parte das limitações de resposta às necessidades da população tem se dado pelas falhas no sistema de referência, muitas delas dentro do próprio setor saúde (intra-setorial), pela falta de articulação inter-setorial e pela ausência do sistema de contra-referência.

A intersectorialidade, como princípio do SUS, significa a articulação entre os diversos setores em busca da resolução de problemas de saúde. Visto que a conjuntura social e os processos sócio-econômicos repercutem sobre o estado de saúde da população, as demais secretarias como desenvolvimento social, educação e cultura, infra-estrutura e desenvolvimento urbano, dentre outras, devem se integrar a fim de melhorar a situação de vida individual e coletiva.

O problema dos sistemas de referência e contra-referência e a falta de intersectorialidade não é uma peculiaridade de Vitória da Conquista. A realidade mostra que

estes têm sido os principais problemas referidos pelos profissionais de saúde para a operacionalização do SUS de forma efetiva e resolutiva.

Portanto, a operacionalização da prestação direta de ações e serviços é marcada por conflitos dentro do próprio município, visto que o sistema de referência e contra-referência não é efetivo e a intersetorialidade não acontece de modo que interfira na melhoria da saúde da população. Além disso, existem eventuais dificuldades de ação-resposta dentro do próprio setor saúde, conforme referido por uma gestora do âmbito central:

Tem dificuldade em relação a essa integralidade das ações inter-setoriais ser muito complicado. Nem todas as secretarias têm essa visão da importância daquele problema no mesmo momento que a gente deu na coordenação. Então, tem secretarias, como a secretaria de obras, de serviços públicos que não tem integração com a saúde. A gente tem essa dificuldade. A gente tem muita demanda, também a gente tem essa dificuldade de está respondendo (E7).

#### 4.2.4.1 Atuação da enfermeira na macro-função gestora: Prestação direta de ações e serviços de saúde

Na rede básica, o Programa de Saúde da Família representa o maior espaço de atuação das enfermeiras na prestação direta de ações e serviços, com atenção aos diversos grupos populacionais, e nas unidades básicas de saúde e nas policlínicas de Vitória da Conquista, estas têm assumido além das atividades assistenciais, a gestão do serviço.

No entanto, a atuação da enfermeira nesta macro-função tem sido dificultada pela não garantia do atendimento nos encaminhamentos dados, mediante o precário funcionamento do sistema de referência e a inexistência da contra-referência, e o não atendimento às demandas de exames de média e alta complexidade, vista a insuficiência na quantidade de cotas disponíveis.

Observemos o próximo quadro, que traz algumas considerações feitas pelas entrevistadas sobre a atuação da enfermeira na macro-função gestora de prestação direta de ações e serviços de saúde:

QUADRO 12. Enunciações analíticas sobre a atuação da enfermeira na macro-função gestora de prestação direta de ações e serviços de saúde, maio, 2006.

Posição da autora na gestão	Foco da análise	Como descreve

Continua...

QUADRO 12. Continuação

Âmbito central		[...] hoje, se você pegar lá aquelas meninas que estão na coordenação da atenção básica, todas elas eram da ponta (E12).
Âmbito intermediário	Prestação direta como <i>background</i> para a ocupação de outras funções de gestão	Eu acho assim que foi tudo por uma questão de iniciativa, da maneira de coordenar na ponta que fez com que eu viesse pra coordenação (E7).
Âmbito central		Na unidade básica de saúde, você tem uma visão bem ampla, porque você acaba atendendo vários outros programas, a diabetes, a própria hipertensão, tuberculose, hanseníase, pré-natal, planejamento, você acaba tendo contato com todos os programas e acaba aprendendo muito na gerência (E14).
Âmbito local	Articulação intra-setorial	[...] como PSF, que a gente atende os problemas básicos, tem aqueles pacientes que eles precisam de atenção especializada e nesse sentido a gente está referenciando [...]. Então a gente sempre tem esse contato tanto com algumas unidades de atenção especializada, como a central de marcação a gente está sempre trabalhando em conjunto, não trabalha isoladamente de forma nenhuma (E1).
Âmbito local		Tem dificuldade, tem entrave muito grande. Porque assim, a gente dá os encaminhamentos, aí o pessoal aqui, as meninas mandam pro CEMAE, por exemplo, se for exame, o CEMAE está com um problema sério que é o número de cotas. Tem problema, a comunidade reclama muito (E8).

Fonte: Coleta direta dos dados

De acordo com as entrevistadas, a atuação nas unidades assistenciais de saúde, onde acontece a prestação direta de ações e serviços à comunidade, oportuniza as enfermeiras um conhecimento amplo sobre o sistema local de saúde. Este conhecimento justifica-se visto a maior proximidade com a população e a inserção no território e na realidade dos usuários, permitindo a estas profissionais que operacionalizam os serviços e executam as ações assistenciais fazerem um diagnóstico mais específico e crítico dos problemas do sistema municipal de saúde do que quem está no âmbito central.

Além disso, a posição que ocupam como enfermeiras das unidades básicas de saúde ou do Programa de Saúde da Família permite a participação como conselheiras locais, dado que a maioria das unidades de saúde da família tem um conselho local e que todas as enfermeiras entrevistadas do PSF são conselheiras, bem como participam das discussões sobre as

necessidades e interesses da população, e do planejamento de ações para responder as demandas e necessidades dos usuários.

O cotidiano de trabalho das enfermeiras, bem como o atendimento aos diversos grupos populacionais, e a carga horária extensiva dedicada a um mesmo local de trabalho, as obriga a um maior envolvimento com a rotina e os problemas da unidade, o que as possibilita um aprendizado prático sobre gerência.

Sobre a atuação das enfermeiras na rede básica os relatos mostram a compreensão destas profissionais sobre o compartilhamento de ações entre os diversos profissionais e os diferentes setores como indispensável para a produção dos serviços e ações de saúde. Acrescido a isso, as falas explicitam a importância e a contribuição de cada um, independente do espaço que ocupam, seja ele local, intermediário ou central, na construção, operacionalização e efetivação do sistema de saúde local e conseqüentemente na melhoria da saúde da população. Sobre isso uma entrevistada do âmbito intermediário afirma:

Cada um, eu acho que não precisa estar no cargo de coordenação não, em hipótese nenhuma. Você pode estar contribuindo mesmo sem o cargo, com a própria formação, com a própria graduação da gente, [...] então a contribuição também é importantíssima independente do cargo [...].Eu acho que toda a equipe é um conjunto que se faz necessário para essa construção, então eu acho que cada um dá sua contribuição quem está na ponta faz seu PSF de uma maneira efetiva, de uma maneira pertinente, como quem está a nível central também tem sua contribuição [...] (E2).

Para o desenvolvimento e garantia da atenção integral à população é exigida do profissional a articulação com outros serviços dentro do mesmo setor ou com outros setores. As entrevistas revelaram que as enfermeiras do PSF têm se articulado com os demais serviços que conformam o sistema municipal de saúde de Vitória da Conquista, no entanto identificam algumas dificuldades de acesso para a população dada a grande demanda e a pouca oferta de serviços, inclusive os de média e de alta complexidade.

Por fim, a atuação das enfermeiras na macro-função gestora de prestação direta de ações e serviços de saúde no município de Vitória da Conquista se revela pela sua inserção no Programas de Saúde da Família, outras unidades básicas de saúde e policlínicas, espaços em que desenvolvem ações de assistência e em articulação com os demais serviços do setor saúde, embora algumas dificuldades para a garantia da atenção integral limitem suas práticas.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo analisou a gestão do SUS municipal de Vitória da Conquista, no contexto da descentralização, a partir da perspectiva de enfermeiras gestoras. Caracterizamos a gestão do SUS municipal de Vitória da Conquista e analisamos a atuação das enfermeiras no desenvolvimento das macro-funções gestoras em saúde.

Vitória da Conquista vivencia, nos últimos anos, avanços e retrocessos no processo de gestão municipal de saúde, o que interfere na garantia do direito de acesso aos serviços de saúde pelos usuários. Porém, diante disso, os esforços dos gestores têm sido direcionados para a operacionalização do sistema municipal de saúde que atenda às demandas da população.

Visto a importância da atuação dos gestores na garantia do direito à saúde tomamos estes atores como sujeitos do nosso estudo. Participaram, portanto, desta pesquisa quinze enfermeiras, as quais ocupam diversas funções gestoras, o que revela que a gestão do SUS municipal de Vitória da Conquista é operacionalmente sustentada por estas profissionais.

Através de uma abordagem qualitativa, desenvolvemos nosso estudo guiado por dois pressupostos. No primeiro, afirmamos que a gestão pública do sistema de saúde municipal é determinada pelo contexto da descentralização incompleta e pela natureza compartilhada no exercício das funções gestoras. Quanto ao segundo pressuposto, afirmamos que a enfermeira tem ocupado múltiplos espaços e variadas macro-funções gestoras no SUS municipal, atuando na sua gestão. A atuação da enfermeira é determinada pelo modo específico de exercício da política local, o que pouco permite sua participação no processo decisório.

Diante da análise dos achados nas entrevistas sobre a caracterização da gestão do SUS municipal estudado e considerados os contrapontos ressaltados pelas ocupantes de diferentes posições na gestão, consideramos que o processo de gestão da saúde em Vitória da Conquista, não diferente do restante dos municípios brasileiros, se processa num contexto de descentralização incompleta, visto as referências das entrevistadas sobre a fragilidade e barreiras dos aspectos de participação e partilha de práticas por um lado, e por outro lado sobre aspectos de centralização de poder e decisão.

Na realidade municipal estudada, os achados revelaram que o CMS tem atuado como legitimador das decisões do gestor municipal e os CLS não têm exercido poder de influência sobre as decisões do CMS, pois suas demandas não são levadas para a discussão e deliberação no conselho municipal.

Na perspectiva das enfermeiras gestoras entrevistadas, a Programação Pactuada Integrada enquanto instrumento de gestão tem dificultado a operacionalização do SUS contrariamente ao seu objetivo que seria facilitar o acesso e a resolutividade. Foi destacado, nas entrevistas, que a pactuação não leva em consideração as necessidades e capacidade de oferta do município, sendo as metas e cotas de exames de média e alta complexidade determinadas pela esfera estadual, no que o município é obrigado a pactuar serviços com outros municípios, que não atendem nem mesmo às demandas dos próprios munícipes.

Portanto, a descentralização incompleta caracteriza a realidade municipal de Vitória da Conquista, dado que na perspectiva das entrevistadas, a verticalização (União para estado, União para município, estado para município) para a tomada de decisões tem consistido na centralização do poder, inclusive na formulação de políticas o que limita a autonomia municipal na implementação do SUS local.

Logo, os constrangimentos próprios da política local e as relações com outras esferas de governo têm se constituído em fatores limitantes para a atuação de enfermeiras gestoras, como por exemplo, o precário sistema de referência, a insuficiente cota de exames e serviços de média e alta complexidade, a falta de articulação intersetorial e a inexistência de um sistema de contra-referência.

Na perspectiva das enfermeiras gestoras há pouco compartilhamento no processo de gestão. As enfermeiras ocupantes da macro-função gestora de prestação direta de ações e serviços de saúde revelaram não serem contempladas no processo decisório, pois as metas estabelecidas nos programas, bem como o quantitativo de exames e serviços são determinados pela esfera estadual, além da determinação da esfera federal sobre o quantitativo de recursos financeiros, não havendo a participação destas profissionais nas discussões sobre necessidades, demandas e recursos.

As enfermeiras gestoras que ocupam a macro-função de coordenação, regulação, controle e avaliação de ações também afirmaram que há limitação na sua ação decisória visto a insuficiência de recursos e determinação de cotas de procedimentos na pactuação, o que é reafirmado por outras enfermeiras que atuam em outras macro-funções gestoras.

O grau centralizado de poder que conforma o contexto de descentralização incompleta na gestão do SUS municipal estudado é também revelado a partir da análise das atas do CMS, o que mostrou que efetivamente este não decide sobre o aporte e alocação de recursos financeiros, quase sempre aprovando as propostas encaminhadas pela secretaria municipal da Saúde.

As entrevistadas reafirmaram a imposição da esfera estadual na pactuação de cotas assumidas pelo município, impedindo a atuação destas no processo decisório, principalmente em aspectos relativos à regulação.

Os achados também revelaram a inexistência de planejamento compartilhado. No entanto, por outro lado, expressões de solidariedade e tentativas de sobrepor obstáculos de acesso têm consistido numa prática constante das enfermeiras, inclusive no âmbito da assistência, que tem buscado articulação com outras gestoras em diferentes macro-funções, revelando a busca de iniciativas individuais e articulação interprofissional para a solução dos problemas identificados no cotidiano da gestão. Tal fato reafirma a limitada atuação das enfermeiras gestoras, assim como sua capacidade técnica-política para intervir efetivamente na mudança do processo de gestão que avance na direção de assegurar aos munícipes um SUS universal e equânime.

Entretanto, a condução política local na secretaria municipal de saúde de Vitória da Conquista também oferece espaços abertos de participação, a exemplo dos conselhos de saúde. No entanto, o constrangimento da atuação da enfermeira, conforme revelou nossos achados, tem se dado pela verticalização de decisão política pelo Estado e pela própria falta de engajamento técnico-político das enfermeiras gestoras, ainda que este consista na execução da macro-função que ocupa.

Ainda que gestoras e ocupantes de macro-funções que demandam a sua atuação no espaço dos conselhos, as falas das entrevistadas revelaram o não aproveitamento destes espaços de discussão e de intervenção política. Diante disso, apresentamos questionamentos para o desenvolvimento de futuros estudos: Por que as enfermeiras gestoras não participam ou pouco participa dos espaços de discussão e decisão oferecidos pela política local? Será a formação profissional a maior responsável pelo não engajamento político destas profissionais? Será um problema específico da categoria, por ser predominantemente feminina, o que caracterizaria uma questão de gênero?

Por fim, consideramos através deste estudo que o processo de gestão é complexo e que se dá num contexto cujas influências políticas locais, estaduais e federal determinam as práticas e interferem nas relações de poder e tomada de decisões. Somado a isso, os atores que desenvolvem as funções gestoras, dentre eles as enfermeiras, executoras majoritárias do SUS municipal estudado, têm atuado de forma mais operacional, além dos indícios, aqui apontados, que estas não aproveitam os espaços de participação para discussão sobre a política de saúde. Assim, apontamos como desafio neste processo de gestão, o investimento em políticas de recursos humanos, em todas as dimensões, além do repensar do papel da

universidade na formação de recursos humanos para o SUS, pois são estas pessoas que poderão contribuir ou favorecer, mediante a sua atuação técnica e política, articulada, compartilhada e participatória, com o desenvolvimento e efetivação do sistema de saúde local.

## REFERÊNCIAS

ABRÚCIO, F. L. **Os Barões da Federação**: os governadores e a redemocratização brasileira. São Paulo: Hucitec, 1998.

ANDRADE, L. O. M. de. O SUS pós NOB II. **CONASEMS**. Disponível em: <<http://www.walkinmedia.com.br/conasems/mostra>>, acesso em 31 mai. 2005.

ANDRADE, L. O. M. de; PONTES, R. J. S.; JUNIOR, T. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. **Ver. Panam. Salud Publica**, v.8, n.1-2, Washington, jul./ago. 2000.

ARRETCHE, M. T. S. Estado Federativo e Políticas Sociais: determinantes da descentralização. In: NORONHA, José Carvalho; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. **A Gestão do Sistema Único de Saúde: Características e Tendências**. 2004a.

\_\_\_\_\_. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **Perspectiva**, v.18, n.2, São Paulo, abr./jun., 2004b.

AROUCA, S. **A reforma sanitária**. Projeto Radis. Rio de Janeiro, 1998.

ASSIS, M. M. A. O processo de construção do controle social no Sistema Único de Saúde e a gestão nos espaços institucionais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 324-335, set/dez, 2003.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Mapas**. Disponível em: <[www.bahia.ba.gov.br](http://www.bahia.ba.gov.br)>, acesso em 12 set. 2005.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Plano Diretor de Regionalização da Assistência à Saúde**. Salvador: SESAB/SUS, 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARRETO, E. F. **Estilos gerenciais e o impacto das organizações**. 141 f. Tese (Doutor em Administração) - Núcleo de Pós-graduação em Administração da Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA, 2003.

BOSCHI, R. R. Descentralização, Clientelismo e Capital Social na Governança Urbana: Comparando Belo Horizonte e Salvador. **Dados**, v.42, n.4, Rio de Janeiro, 1999.

BRASIL. **Emenda Constitucional n. 29**, de 13 de setembro de 2000. Brasília: Diário Oficial da união, 14 set. 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Bioética. V. 4, n. 2, 1996, p.15-25.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília: MS, 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.

BUENO, S. **Minidicionário da língua portuguesa**. Ed. ver. e atual. São Paulo, 2000.

CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6 (2): 435-444, 2001.

CARVALHO, M. do C. A. **Participação social no Brasil hoje**. Disponível em: <<http://www.polis.org.br>>, acesso em 04 abr. 2006.

CASTELLS, Manuel. Hacia el Estado red? Globalización económica e instituciones políticas en la era de la información. In: TEIXEIRA, S. M. F. **Fundamentos de la Reforma del Estado**.

CECCIM, R. B. Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da Graduação em Saúde Coletiva. In: FERRAZ, Clarice Aparecida; GOMES, Elizabeth Laus Ribas; MISHIMA, S.M. **O desafio teórico-prático da gestão dos serviços de saúde**. Revista Brasileira de Enfermagem. Rio de Janeiro: ABEn. V. 57, n. 4, jul/ago, 2004.

CECÍLIO, L. C. de O. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 21 (2), mar/abr, 2005. p. 508-516.

CENTRO LATINO-AMERICANO DE ADMINISTRAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO (CLAD). Uma nova gestão pública para a América Latina. In: **Revista do Serviço Público**. Ano 50, n. 1, jan-mar, 1999.

CHIAVENATO, I. **Introdução à Teoria Geral da Administração**. São Paulo: McGraw-Hill, 1983.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.2, Rio de Janeiro, 2001.

CUNHA, R. de A. **Consciência crítica**. Disponível em: <<http://www.geocities.com>>, acesso em 23 mar. 2007.

DANTAS, T. C. C. D. **A prática gerencial de enfermeiras em unidades básicas de saúde**. 150f. Dissertação de mestrado (Mestra em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA, 2000.

FARAH, M. F. S. Parcerias, Novos arranjos institucionais e políticas públicas locais. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**. São Paulo, v. 18, abril, 2000. 33p.

FERRAZ, C. A. **A transfiguração da administração em enfermagem da gerência científica à gerência possível**. 248 f. Tese de Doutorado (Doutora em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1995.

\_\_\_\_\_. Construindo uma prática administrativa de enfermagem. In: **Anais do 42º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Natal: 1992, p. 80-83.

FONSECA, M. G. M. **Mulheres e poder na saúde**: estudo de enfermeiras secretárias municipais de saúde no estado da Bahia. 200 f. Dissertação de Mestrado (Mestra em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Salvador-BA, 2001.

GAETANI, F. La intrigante reforma administrativa brasileña. In: **Revista del CLAD Reforma y Democracia**, Caracas, n. 16, fevereiro, 2000.

GRAHAM, C. B.; HAYS, S. W. **Para administrar a organização pública**. Trad. Britta Lemos de Freitas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1994.

GUIMARÃES, M. do C. L., *et al.* **Projeto Análise da Gestão Compartilhada no SUS em municípios baianos**. Universidade Federal da Bahia - Escola de Administração, Salvador, 2005 (mimeo).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico**. 2000. Disponível em: <[www.ibge.gov](http://www.ibge.gov)>, acesso em 09 ago 05.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Trad. Daniel Grassi. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

LISBOA, P. C. Políticas Públicas e os Movimentos Sociais. In: **Desenvolvimento e Desafios das Administrações Populares**. Salvador: Coordenadoria Ecumênica de Serviço – CESE, 2004, p.71-75.

LOURENÇO, M. R. **Desenvolvimento da competência em liderança na efetividade de organizações de saúde dirigidas por enfermeiras-gerentes**. 118f. Tese de Doutorado (Doutora em Enfermagem na área de concentração Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, 2004.

LUZ, M. T. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5 (2):293-312, 2000.

MALAGUTTI, W.; BIAGOLINI, R. E. M. Gerenciamento de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde e a enfermagem. In: SANTOS, A. da S.; MIRANDA, S. M. R. C. de (org.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. São Paulo: Manole, 2006, p.166-197.

MARTINS, H. F. Administración pública gerencial y burocracia. La persistência de la dicotomía entre política y administración. In: **Revista del Clad Reforma y Democracia**, Caracas, n. 9, outubro, 1997.

MATUS, C. **Política, Planejamento & Governo**. Tomo I. Brasília: IPEA, 1993.

MEDEIROS, M. *et al.* Classificação das práticas de enfermagem em Saúde Coletiva do Estado de Goiás. Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 2005, v. 6, n. 1, p. 9-15. Disponível em: <[www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br)>, acesso em: 18 jun 2006.

MEIRELLES, H. L. **Direito Administrativo Brasileiro**. 24 ed. São Paulo: Malheiros Editores Ltda, 1999.

MENELEU NETO, J. *et al.* Características regionais do emprego em Enfermagem no Brasil 1995-2000. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. **Mercado de Trabalho em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 2, n. 6, set/dez, 2002.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.4, n.2, Rio de Janeiro, 1999.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 6 ed. Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1999.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V. A Gestão do Sistema Único de Saúde: Características e Tendências. In: 2ª Conferência Nacional de Ciência, tecnologia e inovação em saúde, 2004. **Anais Ministério da Saúde**. Secretaria de Ciência e Tecnologia. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p.45-94.

PAIM, J. S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.2, Rio de Janeiro, 2003.

PAULA, A. P. P. de. **Por uma nova gestão pública**: limites e possibilidades da experiência contemporânea. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2005.

PESTANA, C. **Práticas de Avaliação na Gestão Descentralizada de Saúde**: A Experiência de Vitória da Conquista 1998-2001. Dissertação de Mestrado (Mestre em Administração). 2002. Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia, Salvador-Ba, 2002.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.. Classificação Brasileira de ocupações – 2002 perspectivas para análise do mercado de trabalho em saúde com o foco na Enfermagem. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. **Mercado de Trabalho em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 2, n. 6, set/dez, 2002.

PINHO, R. R.; NASCIMENTO, A. M. **Instituições de direito público e privado: introdução ao estudo do direito**. 18 ed. São Paulo: Atlas, 1993.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA. **Secretaria de Saúde**. Disponível em: < [www2.pmvc.com.br](http://www2.pmvc.com.br) >, acesso em 12 out. 05.

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

SILVA, B. (Org.). **Dicionário de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1987.

SILVA, S. F. **Municipalização da Saúde e poder local**: sujeitos, atores e políticas. 288 f. Tese (Doutor) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2004.



TEIXEIRA, A. **Reengenharia no governo**. São Paulo: Makron Books, 1996.

TEIXEIRA, C. F.; MOLESINI, J. A.. **Gestão Municipal do SUS: Atribuições e Responsabilidades do Gestor do Sistema e dos Gerentes de Unidades de Saúde**. Revista Baiana de Saúde Pública, v.26, n. 1/2, jan/dez, 2002. p. 29-40.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Políticas de formação de recursos humanos em saúde: conjuntura atual e perspectivas. **Divulgação**, v. 12, p. 19-23, 1996.

TEIXEIRA, S. M. F. **Fundamentos de la Reforma del Estado**.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa qualitativa em ciências sociais**. A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

UGÁ, M. A. D.; SANTOS, I. S. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22 (8): 1597-1609, agosto, 2006.

VIANA, A. L. d'A. *et al.* Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 18 (suplemento), 2002, 139-151.

VIANA, A. L. d'A.; LIMA, L. D. de; GONDIM, R.. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.3, Rio de Janeiro, 2002.

## APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
 ESCOLA DE ENFERMAGEM  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**TÍTULO DO PROJETO: GESTÃO DO SUS MUNICIPAL NO CONTEXTO DA DESCENTRALIZAÇÃO: PERSPECTIVA DE ENFERMEIRAS**

Nós, Cristina Maria Meira de Melo (pesquisadora-responsável) e Mariluce Karla Bomfim de Souza (pesquisadora-colaboradora) estamos convidando você a participar como entrevistada de uma pesquisa de Dissertação de Mestrado, que tem como objetivo analisar a gestão do SUS municipal, no contexto da descentralização, na perspectiva de enfermeiras gestoras. Os resultados obtidos com essa pesquisa permitirão aos gestores municipais de saúde e às enfermeiras refletirem sobre as ações desenvolvidas por estes para a gestão do SUS municipal.

Se você consentir, sua entrevista será gravada em fita de áudio. Após a entrevista você pode solicitar para ouvir a fita e retirar e/ou acrescentar quaisquer informação. O material da gravação será arquivado pelas pesquisadoras por um período de cinco anos e após esse período será destruído (queimado).

As pesquisadoras asseguram o seu anonimato, isto é, ninguém saberá que foi você que deu a entrevista, buscando respeitar a sua integridade intelectual, social e cultural. Você pode desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da pesquisa, caso decida, de forma que se evite que seu depoimento sofra consequência danosa na expressão livre de suas opiniões. As pesquisadoras e as entrevistadas não serão remuneradas pela participação deste estudo. As despesas do projeto são de responsabilidade das pesquisadoras.

No momento que houver necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre a sua participação na pesquisa, você pode entrar em contato com as pesquisadoras através do telefone (71) 3332 - 4452, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Após ter sido informado(a) sobre os objetivos da pesquisa, caso concorde em participar da entrevista, você pode autorizar ou não que as informações coletadas sejam utilizadas para construção da dissertação de mestrado, bem como para a divulgação dos resultados obtidos, somente para fins científicos. Sendo assim, se você concordar, voluntariamente, em participar da referida investigação, assine este termo de consentimento, ficando com uma cópia do mesmo.

Salvador-Ba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006.

---

Entrevistada

---

Mariluce Karla Bomfim de Souza

---

Cristina Maria Meira de Melo

## APÊNDICE B – Solicitação para coleta de dados no campo



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
 ESCOLA DE ENFERMAGEM  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**TÍTULO DO PROJETO: GESTÃO DO SUS MUNICIPAL NO CONTEXTO DA  
 DESCENTRALIZAÇÃO: PERSPECTIVA DE ENFERMEIRAS**



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
 ESCOLA DE ENFERMAGEM  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
 FONE: (71) 3263-7631 - FAX: (71) 3332-4452



Ofício nº 93/2006

Salvador, 05 de maio de 2006.

Sra. Susana Cristina Silva Ribeiro

Secretaria da Saúde do Município de Vitória da Conquista - BA

Prezada Senhora,

Solicitamos autorização para que Mariluce Karla Bomfim de Souza, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, proceda levantamento de dados para fins de elaboração da dissertação intitulada: "GESTÃO COMPARTILHADA DO SUS MUNICIPAL NO CONTEXTO DA DESCENTRALIZAÇÃO: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO", tendo sido o projeto de dissertação aprovado em 08 de fevereiro de 2006.

Atenciosamente,

*E. Rosendo*

Profª Drª Enilda Rosendo do Nascimento  
 Coordenadora do Colegiado de Pós-Graduação  
 em Enfermagem/UFBA

*Realizado também  
 o Projeto*  
**RECEBEMOS**  
 EM 08/05/06  
 Sec. Municipal de Saúde

*Eliene C. Barros*  
 Secretária M. 1222



Rua Dr. Augusto Viana, S/N. Vale do Canela. 7º andar. CEP 40110-060. Salvador/Bahia  
 E-mail: pgenf@ufba.br Página na internet: <http://www.pgenf.ufba.br>

## APÊNDICE C – Roteiro de entrevista para as enfermeiras gestoras formalmente instituídas



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**TÍTULO DO PROJETO: GESTÃO DO SUS MUNICIPAL NO CONTEXTO DA  
DESCENTRALIZAÇÃO: PERSPECTIVA DE ENFERMEIRAS**

Nome:

Idade:

Sexo:

Telefone:

Ocupação/Cargo:

Perguntas:

1. Fale sobre sua trajetória profissional. E sobre como chegou ao cargo de gestor.
2. Quais as características da gestão no município?
3. Como é sua participação na gestão do SUS municipal?
4. Como você avalia o envolvimento dos outros profissionais nos cargos que ocupam?

(perguntar pelas enfermeiras)

## APÊNDICE D – Roteiro de entrevista para as enfermeiras conselheiras



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**TÍTULO DO PROJETO: GESTÃO DO SUS MUNICIPAL NO CONTEXTO DA  
DESCENTRALIZAÇÃO: PERSPECTIVA DE ENFERMEIRAS**

Nome:

Idade:

Sexo:

Telefone:

Tempo de CMS enquanto conselheiro:

Perguntas:

1. Fale sobre sua trajetória profissional.
2. O que faz o Conselho?
3. Como chegou ao Conselho?
4. De que modo se articula com o segmento que representa?

## APÊNDICE E – Roteiro de entrevista para as enfermeiras assistenciais



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**TÍTULO DO PROJETO: GESTÃO DO SUS MUNICIPAL NO CONTEXTO DA  
DESCENTRALIZAÇÃO: PERSPECTIVA DE ENFERMEIRAS**

Nome:

Idade:

Sexo:

Telefone:

Perguntas:

1. Fale sobre sua trajetória profissional.
2. Como você se articula para desenvolver suas funções?
3. Como é sua participação na gestão do SUS municipal?
4. Como você avalia o envolvimento das enfermeiras nos cargos que ocupam?



## ANEXO A – Parecer de aprovação do Comitê de Ética



Governo do Estado da Bahia  
Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

Ofício nº. 11/2006  
Ref.: Devolução de projeto

Salvador, 19 de abril de 2006.

**ESTIMADA**  
**Sra. Cristina Maria Meira de Melo**  
**PESQUISADORA RESPONSÁVEL**

**Projeto de Pesquisa:** "Gestão compartilhada do SUS municipal no contexto da descentralização: atuação do enfermeiro".

**Pesquisadora Responsável:** Sra. Cristina Maria Meira de Melo

**Situação do Projeto:** Aprovado


Estamos encaminhando para seu conhecimento e providências, o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da SESAB, reunido em 19 de abril do ano corrente.

O projeto pode ter continuidade uma vez que atende aos requisitos éticos para a pesquisa envolvendo seres humanos.

Nesse sentido, o Comitê decidiu por sua aprovação, lembrando ao pesquisador (a) a necessidade de informar esse Comitê do relatório parcial e ou final no período de 6 (seis) meses a 1 (um) ano conforme recomendação da Resolução nº 196/96, IX – 2 c.

Estamos anexando ainda cópia do Parecer elaborado pelo relator, para o seu conhecimento.

**Atenciosamente,**

  
ANA MARIA FERNANDES PITTA  
Coordenadora do CEP-SESAB

EESP – Escola de Estadual de Saúde Pública – Prof. Francisco Peixoto de Magalhães Netto  
Rua Pedro Conselheiro Luís, Nº 171 – Rio Vermelho  
Tel: (71) 3116-5333 Fax: (71) 3116-5324  
E-mail: [cepsesab@saude.ba.gov.br](mailto:cepsesab@saude.ba.gov.br)

## ANEXO B - Quadros de desenho analítico

**Quadro 1. Desenho de análise do estudo**

Categorias temáticas	Unidades de conteúdo (fragmentos de falas)	Aspectos analíticos		
		Objeto da discussão	Atores envolvidos	Espaço de desenvolvimento
Formulação de políticas e planejamento				
Financiamento				
Coordenação, regulação, controle e avaliação de ações, bens e serviços e dos sistemas de saúde				
Prestação direta de ações e serviços de saúde				

**Quadro 2. Confronto dos depoimentos**

Objetos de confronto	Falas favoráveis	Ator que fala	De onde fala	Falas não favoráveis	Ator que fala	De onde fala	Observações: o complementar/ o diferente/ o inusitado
Atuação da enfermeira							
Características da gestão do SUS municipal							
Operacionalização do SUS municipal							
Dinâmica dos Conselhos de Saúde							