

Universidade Federal de Mato Grosso
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Mestrado em Saúde Coletiva

A Gestão do Sistema de Serviços de Saúde em Cuiabá
na perspectiva de definição de prioridades - um estudo
de caso.

NILVA MARIA FERNANDES DE CAMPOS

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-graduação em Saúde Coletiva para
obtenção do título de Mestre em Saúde
Coletiva.**

Área de Concentração: Saúde e Sociedade

**Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Wildce G. Araújo
Costa**

**Cuiabá-MT
2009**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**A Gestão do Sistema de Serviços de Saúde em Cuiabá
na perspectiva de definição de prioridades - um estudo
de caso.**

NILVA MARIA FERNANDES DE CAMPOS

**Dissertação apresentada a o Programa de
Pós-graduação em Saúde Coletiva da
Universidade Federal de Mato Grosso para
obtenção do título de Mestre em Saúde
Coletiva.**

Área de Concentração: Saúde e Sociedade

Orientadora: Profa. Dra. Wildce G. Araújo Costa

**Cuiabá-MT
2009**

FICHA CATALOGRÁFICA

C198g Campos, Nilva Maria Fernandes de
A gestão do Sistema de Serviços de Saúde em Cuiabá na perspectiva de definição de prioridades – um estudo de caso / Nilva Maria Fernandes de Campos. – 2009.
157 f. : il. ; 30 cm.

“Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Wildce G. Araújo Costa”.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Saúde Coletiva, Pós-graduação em Saúde Coletiva, Área de Concentração: Saúde e Sociedade, 2009.

Bibliografia: f. 152-157.

1. Saúde pública – Cuiabá (MT). 2. Saúde pública – Agenda de prioridades. 3. Gestão em saúde. 4. Saúde pública – Planejamento estratégico. 5. Política de saúde. 6. Sistema Único de Saúde – Mato Grosso. I. Título.

CDU – 614.2(817.2)

Ficha elaborada por: Rosângela Aparecida Vicente Söhn – CRB-1/931

É expressamente proibida a comercialização desse documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e nome da dissertação.

Aos Meus:

Benedito Pinheiro e Nilva Fernandes, pais queridos,
que materializaram a minha Vida, ensinaram-me que o conhecimento é a maior
riqueza e me espiritualizam:

Carlos Rodolfo - Meu Carlão,
muito mais que um companheiro na caminhada,
um cúmplice no aprendizado do amor

Maria Fernanda, Arthur e Renata,
filhos que iluminam meu caminhar e me dão coragem para viver!
Que me ensinam e me obrigam a ser melhor,
O Cerne da minha Vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela inspiração diária, amparo e proteção.

À professora Dr^a Wildce, orientadora e mentora deste trabalho, pois sem sua contribuição não poderia ser concretizado, serei para sempre grata.

Aos professores, Dr.^o Antônio Ricardo de Souza e Dr.^o João Henrique Gurtler Scatena, pelo compromisso, profissionalismo e carinho com que corrigiram esse trabalho deixando aqui um pouco de si, através de suas valiosas contribuições e sugestões.

Ao professor Dr.^o Leocarlos Cartaxo Moreira que contribuiu com o processo de construção do projeto de pesquisa no exame de qualificação.

À prof.^a Janice Janissek de Souza pela gentileza em substituir o Prof.^o Dr João Carlos (in memória) na suplência da banca de defesa.

Aos meus irmãos Kaká/Edina, Bebeto/Paula, Milucia/Marco, aos meus compadre/comadre Pacheco/Maria Paula, Marta e aos meus sobrinhos André, Gabriela, Diogo, Alessandra, João Lucas que vibraram e torceram por mim durante toda essa jornada.

À minha incentivadora número 1, Vera Honório, que me mostrou esse caminho e me fez acreditar que era possível trilhá-lo, sem ela não haveria sequer a inscrição.

E à minha incentivadora número 2, Ana Calhão, por todas as dicas, pela cumplicidade, por estar sempre disponível para rodadas científicas de PDCA. Muito obrigada por caminharem comigo, nunca me senti só.

À minha querida psicóloga Michela, estrategista de mão cheia, pois sem seus ensinamentos de flexibilidade não sei se conseguiria essa vitória.

Aos companheiros de jornada da SMS-Cuiabá, Lígia, Sônia, Marta, Ana Paula, Rosamita, Elizabete, Paulino, Hugna, Maria Helena, Patrícia, Arlete, Erlon,

Ronaldo, Fatinha, Luciana, Tatiana, Sidilene, que contribuíram para que esse trabalho fosse construído.

A todos os meus colegas de mestrado, em especial a Eleni, Alberto, Gisele, José Alves, Ricardo, Mariel, Carlinhos, Elizângela, Juliane, Elaine, agradeço os momentos felizes de trocas durante o aprendizado e a amizade construída.

A todos os professores do Instituto de Saúde Coletiva, minha gratidão pelo conhecimento e experiência partilhados. E aos trabalhadores da secretaria do ISC, Jurema, Hailton e Fernanda grata pela paciência e bom atendimento ao longo desses anos.

Aos meus queridos amigos de longa data, Vilma, Tetê, Elô, Jójó, Marly, Ivanir, Luis Edmundo, Pedro Piloni, Ana Paula, Simone, não conseguirei citar todos, mas sei que sem as vibrações amorosas e as orações essa caminhada seria mais difícil.

Aos Usuários, Trabalhadores e Gestores do SUS, que acreditam e defendem esse Sistema. Agradeço particularmente àqueles que participaram da pesquisa, pois este estudo é fruto dos nossos desejos em vivenciar um SUS consolidado.

Pensamento

“O bem se faz melhor se antecipado
e o mal é menos mal se previsto”

(Motta, Paulo Roberto)

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo analisar o modelo de gestão utilizado no Sistema de Saúde de Cuiabá, na perspectiva da definição de prioridades. Assim, foi realizada uma pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso, utilizando como técnicas de análise de dados, a análise de conteúdo, do tipo categorial e a observação de campo. A coleta de dados foi feita por meio de entrevistas semi-estruturada e por análise documental, por meio de leituras de documentos relevantes para a pesquisa. Os resultados da pesquisa revelam que o modelo de definição de prioridade da SMS/Cuiabá é fragmentado, ocorrendo em várias instâncias deliberativas e em diferentes momentos de decisão. Também, identificou-se que a SMS vem utilizando diferentes métodos de levantamento de problemas, não possuindo critérios de definição de prioridades. Somente em 2007, o Conselho Municipal de Saúde passa a se preocupar com a hierarquização dos problemas levantados durante a VII Conferência Municipal de Saúde. No que refere-se ao planejamento, não há uma hierarquização de prioridades e, sim critérios para selecionar os problemas prioritários existentes na SMS. Entretanto, por parte do nível estratégico, verifica-se um desrespeito ao processo de planejamento, dificultando o alcance dos resultados pretendidos. A não convergência entre critérios e prioridades, nas diferentes instâncias deliberativas leva a cúpula estratégica a tomar decisões baseadas em interesses diversos, esquecendo-se da missão institucional. Outra questão importante refere-se à falta de comunicação e mobilização das pessoas em torno das decisões tomadas. Normalmente, as prioridades estão voltadas para os problemas relativos ao sistema dos serviços de saúde em detrimento dos problemas de saúde, resultando em uma gestão voltada para os meios e não para os fins. Em suma, pode-se afirmar conclusivamente que o modelo de gestão adotado no sistema de serviços de saúde de Cuiabá, não atende aos pressupostos de definição de prioridades e tomada de decisão, voltados para a busca de eficiência da gestão pública em saúde em nível local.

Palavras Chaves: Planejamento estratégico, agenda de prioridades em saúde, administração pública, gestão em saúde.

ABSTRACT

This research aims at analyzing the current management model in the Health System in Cuiabá from the perspective of priority-setting. Hence, a single case qualitative study was carried out using categorical content analysis and field observation as data analysis techniques. Data was collected through semi-structured interviews and documental analysis by means of relevant documents to the research. The results show a segmented priority-setting model in SMS/Cuiabá, established in varied deliberative instances and different decision making moments. It was also observed that different problem-raising methods have been used and there is no criteria for priority-setting. Only in 2007, the hierarchization of problems mentioned during the VII Municipal Health Conference begins to concern the Municipal Health Council. As regards planning, there is no priority hierarchy or criteria to select priority issues in SMS. However, there is some disrespect for the planning process in the strategic level, harming the achievement of the expected results. The non-convergence between criteria and priorities in different deliberative instances leads the strategic summit to decisions based on varied interests but the institutional mission. Another important question refers to the lack of communication and popular mobilization towards the decisions taken. Priorities are usually directed to health services system related problems to the detriment of health problems, resulting in a means-oriented instead of problem-oriented management. Thus, it may be conclusively stated that the management model adopted by the health services system in Cuiabá does not match the presuppositions of priority-setting and decision making oriented to efficient public health management at the local level.

Keywords: Strategic planning, health priority agenda, public administration, health management.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	12
1 - GESTÃO E DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES NOS SISTEMAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	19
1.1 - Gestão: Origens e Aspectos Conceituais.....	19
1.2 - Competências do Gestor.....	24
1.3 - Modelo de Gestão: Trajetórias e Características.....	31
1.4 - Definição de Prioridades: Principais Bases Conceituais.....	35
1.5 - Problemas e Necessidades de Saúde.....	41
1.6 - Processo para Definição de Prioridades.....	45
2 - CARACTERIZAÇÃO DA GESTÃO PÚBLICA E DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE.....	48
2.1 - Gestão Pública.....	48
2.2 - Gestão de Saúde Pública no Brasil: Uma Visão Geral.....	53
2.3 - Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde – SUS.....	58
2.4 - Gestão Estratégica e Planejamento no SUS.....	61
2.5 - Definição de Prioridades no SUS.....	70
3 - OBJETIVOS.....	73
4 - ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS.....	74
4.1 - Desenho do Estudo.....	74
4.2 - Procedimentos.....	76
4.3 - Análise de Dados.....	79
4.4 - Aspectos Éticos da Pesquisa.....	90
5 - GESTÃO DO SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE DE CUIABÁ: Caracterização do Município e do seu Órgão Gestor.....	91
5.1 - O Município de Cuiabá.....	91
5.2 - O Sistema de Serviço de Saúde Municipal: Sus Cuiabá.....	93
5.3 - As Instâncias Deliberativas de Definição de Prioridades no SUS.....	122
6 - A DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES NO SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAUDE DE CUIABÁ.....	131
6.1 - Critérios de Hierarquização de Prioridades.....	131
6.2 - A (in) Determinação de Prioridades Nas Conferências de Saúde.....	134
6.3 - A Eleição de Critérios Para Definição de Prioridades Pela Cúpula Estratégica..	138
6.4 - A Comunicação das Prioridades no Interior da SMS Cuiabá.....	141
6.5 - O Modelo de Definição de Prioridade do SUS Cuiabá.....	143
7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	147
8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	152
APENDICES	
ANEXOS	

LISTA DE QUADROS

Quadro I: Categorias Analíticas	82
Quadro II: Comparação de Estruturas Organizacionais.....	104
Quadro III: Caracterização da cúpula Estratégica, segundo tempo de atuação na saúde, tempo de serviço, graduação e vínculo institucional	125
Quadro IV - Síntese das Resoluções Referentes a 2004 -2007	145

LISTA DE ABREVIATURAS

- CES** Conselho Estadual de Saúde
- CF** Constituição Federal
- CIB** Comissão Intergestores Bipartite
- CIT** Comissão Intergestores Tripartite
- CMS** Conselho Municipal de Saúde
- CNS** Conferência Nacional de Saúde
- DIPLAN** Diretoria de Planejamento
- DOC** Documentos consultados
- E.1 a E.12:** Entrevistados 1 a 12
- GDP** Gerenciamento pelas Diretrizes
- IBGE** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ISC** Instituto de Saúde Coletiva
- MS** Ministério da Saúde
- MT** Mato Grosso
- NOB** Norma Operacional Básica do SUS
- OMS** Organização Mundial da Saúde
- ONG** Organização Não Governamental
- OPAS** Organização Pan-Americana da Saúde
- PAB** Piso da Atenção Básica
- PCCS** Plano de Cargos Carreiras e Salários
- PMS** Plano Municipal de Saúde
- PPA** Plano Pluri Anual
- PTA** Plano de Trabalho Anual
- RH** Recursos Humanos
- SES/MT** Secretaria do Estado de Saúde de Mato Grosso
- SMS** Secretaria Municipal de Saúde
- SUS** Sistema Único de Saúde
- UFMT** Universidade Federal de Mato Grosso

INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objetivo analisar o modelo de gestão no Sistema Único de Saúde (SUS) de Cuiabá, na perspectiva da definição de prioridades, como ferramenta de formulação e implementação da Política Municipal de Saúde de Cuiabá.

O interesse no tema, acerca da gestão pública, justifica-se a partir de minha atuação profissional na área de gestão e planejamento da Secretaria Municipal de Saúde. Assim sendo, pode-se verificar que o debate atual no campo da política de saúde deixa claro para os trabalhadores e gestores do SUS que, este modelo institucional passa por uma crise de múltiplas dimensões que resulta entre outras conseqüências em filas enormes nos hospitais públicos, demora no atendimento nas unidades de saúde, elevação de alguns indicadores epidemiológicos, desvios de verbas públicas, dentre outras disfunções.

Para além destas, somam-se ainda a desmotivação e descomprometimento dos profissionais da saúde com relação ao atendimento da população -, fato que, cotidianamente tem-se difundido na imprensa escrita e televisada no País e, especialmente, nas regiões onde o SUS não consegue atingir os seus objetivos institucionais.

Neste sentido, é importante reconhecer que os desafios atuais para vencer tal crise passam pela melhoria do sistema e serviços de saúde em suas mais variadas dimensões, dentre elas, a dimensão política, na qual se encontra o componente do modelo de gestão (TOBAR, 2002).

A dimensão política diz respeito entre outras coisas a aspectos relacionados a : condução e direção; capacidade de negociar; busca para diminuir conflitos e conciliar interesses; articular recursos e parceiros; definir prioridades.

Assim, entendendo como são definidas as prioridades no SUS de Cuiabá, pode-se verificar como esse componente do sistema busca um melhor desempenho para viabilizar os resultados esperados, quais sejam atender as demandas da área de saúde da população local e, em nível regional, de Mato Grosso.

Trata-se de um tema de relevância social, pois compreender a gestão é cada vez mais uma exigência do mundo contemporâneo. Não é por acaso que as organizações, de uma forma geral, têm nos últimos anos adotado políticas, práticas e ferramentas de gestão voltadas cada vez mais, para a melhoria da qualidade dos serviços públicos, em especial, em áreas tidas como estratégicas, educação, segurança pública e saúde, dentre outras. É preciso uma Gerência Pública que seja capaz de enfrentar os grandes dilemas que afetam as organizações e que requerem novas atitudes para criar uma cultura gerencial mais avançada e necessária (KLIKSBERG, 1994).

Atualmente, os processos de gestão estão mais envolvidos em múltiplas perspectivas sejam elas de nível institucional, gerencial e organizacional, e cada vez mais marcados pela complexidade social que, nos anos recentes, têm demonstrado de um lado, as crescentes demandas da sociedade e de outro, novos requisitos nas atividades de gestão. Gerenciar passou a ser uma atividade que exige mais habilidades, competências e políticas claramente definidas, sobretudo, no setor público onde os “interesses” da sociedade devem ser preservados e o atendimento e a provisão de serviços garantidos.

Sendo assim, preconiza-se que a grande maioria dos problemas de saúde hoje existentes no SUS, podem e devem ser tratados a partir de decisões integradas e tripartite, envolvendo as três esferas de governo. Como bem enfatiza o Pacto pela Saúde, recentemente instituído, exigirá da gestão cada vez mais que seja planejada, transparente, participativa e efetiva.

Por todas essas razões este estudo interessa-se em verificar se a definição de prioridades implementada, no SUS do Município de Cuiabá, contribui para a implementação e consolidação dos princípios organizativos e doutrinários do modelo institucional, propugnado pelo Sistema Único de Saúde enquanto modelo institucional de gestão de saúde pública.

Este interesse foi potencializado após a adesão da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, órgão gestor do SUS de Cuiabá, em 2004, ao programa Gespública, do Ministério do Planejamento. Essa adesão foi motivada pela medida estratégica de **modernização da gestão** que consta nos dois últimos Planos Plurianuais de Saúde da Secretaria e que tem como ações principais: efetivar o

modelo de gestão em todos os níveis de gestão da SMS, dezembro de 2009, aumentar a pontuação dos resultados de auto-avaliação da gestão e aumentar a pontuação do critério Processos.

Em Cuiabá, no campo da saúde pública, somente a SMS fez adesão ao programa e está desde 2002, implementando através do seu Plano Municipal de Saúde ações de melhoria de Gestão Pública. São portanto, cinco anos e meio nesse caminho, tempo já adequado para analisar o modelo de gestão utilizado na Secretaria, e verificar que resultados ela vem alcançando no sentido de oferecer um serviço público de melhor qualidade à população do município.

Teoricamente o estudo é pertinente, devido aos momentos de mudanças em todos os campos, principalmente na forma de gerenciar organizações. Neste sentido o dilema da mudança das organizações exige uma abordagem complexa e interdisciplinar que explique as organizações através de sua missão e objetivos, dos processos, comportamentos e resultados que estão coerentes. “A compreensão de missão (o ser), e objetivos (o fazer) nos remete ao contexto da sociedade, suas instituições e normas. Ao mesmo tempo, a explicação da organização nos conduz a seus processos internos e as dimensões do desempenho organizacional” (TOBAR,2002).

É por isso que a preocupação está em entender a gestão pública, a partir da gestão estratégica em Saúde a partir da definição de suas prioridades, que encontra suporte na gerência estratégica e reforça as ideias de processo contínuo de inovação, de adaptação inaugurada com o planejamento estratégico. “O planejamento estratégico parte da premissa de que um ambiente em constante mutação e turbulência exige um processo contínuo de formulação e avaliação de objetivos, baseado em informações sistemáticas sobre as transações em ambientes e organização” (MOTTA, 2004).

O tema vem sendo estudado por vários autores, no campo da administração/economia, citamos, **Henry Mintzberg**, que é administrador e suas pesquisas lidam com questões de administração geral e organizações, foca a natureza do trabalho gerencial, as formas de organização e o processo de formação de estratégias. **James Brian Quinn**, autoridade no campo dos estudos sobre planejamento estratégico, gerenciamento de mudança tecnológica, inovação

empreendedora. **Joseph Lampel**, doutorado em gerenciamento estratégico e estuda e escreve sobre estratégias. **Carlos Matus**, também autoridade em planejamento estratégico situacional se preocupava com a criação de capacidade de governo para a Gestão.

No campo da Saúde Coletiva, citamos. **Mário Testa**, estudioso do pensamento estratégico. **Carmen Fontes de Souza Teixeira e Jairnilson Paim**, pesquisadores e estudiosos de planejamento em saúde. **Gastão Wagner de Sousa Campos**, é militante da gestão pública brasileira, estuda há alguns anos modelo de gestão e planejamento é o criador do Método da Roda. **Francisco Javier Uribe Rivera**, estudioso do planejamento comunicativo **Frederico Tobar**, estuda modelos de gestão e inovação nas organizações de saúde. **Sebastián Tobar**, que pesquisa sobre modelos de gestão, descentralização, tomada de decisão e políticas hospitalares.

Todos esses autores estão, de alguma forma, contribuindo para o aprofundamento da teoria da mudança da gestão no setor público; alguns com base na experiência da implementação da política de saúde brasileira em suas diferentes esferas de governo. Outros, valendo-se das experiências nos seus sistemas de saúde, como é o caso de **Frederico Tobar e Sebastian Tobar**, que analisam o caso da Argentina.

È importante citar também, em Mato Grosso, os estudos das Professoras doutoras **Wildce G. Araújo Costa**, que fez uma discussão sobre A Municipalização dos Serviços de Saúde no Estado de Mato Grosso: Evolução e desafios em 2000; **Márcia Lotufo** que estudou Gestão Pública em Saúde: Análise da Capacidade de Governo da Alta Direção da SES - Mato Grosso em 2001.

Em Cuiabá, podemos citar a dissertação recente de mestrado da servidora pública da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso **Ana Conceição Calhao** que escreveu sobre “A Gestão de uma condição crônica de saúde no Sistema de Serviço de Saúde de Cuiabá- Um estudo de caso”, em 2008. Esse estudo é de extrema importância para a Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá. Aponta evidências científicas acerca do modelo de gestão relativas à perspectiva da tomada de decisão, que precisam ser urgentemente analisados pelos seus gestores a fim de

que possam fazer mudanças na gestão, visando melhorar a informação; a comunicação; a capacidade gerencial.

CALHAO (2008) demonstrou ainda que a Secretaria não está preparada para fazer a gestão das doenças crônicas degenerativas, pois utiliza o modelo organizacional de tomada de decisão. Esse modelo não propicia a inovação e gera um processo decisório descontínuo, que não permite uma conexão entre os estratos da gestão. O foco da gestão são os meios, devido à preocupação com as condições agudas, havendo a necessidade dos gestores pensarem novas tecnologias que possam abarcar tanto as condições agudas, quanto as condições crônicas.

Como na pesquisa citada, este trabalho adota o conceito de gestão de TOBAR (2002), como *forma de definir prioridades e tomar decisões*. Pesquisou o modelo de tomada de decisões do município de Cuiabá. Desafia-nos agora, utilizando o mesmo conceito, saber qual é o modelo de definição de prioridades utilizado pela cúpula estratégica da SMS Cuiabá, e até que ponto essas prioridades contribuem para o alcance da sua missão.

No SUS, segundo o Ministério da Saúde, a Gestão é entendida como “a atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional) exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria” (BRASIL, MS, 2006, 2007).

Portanto, cada esfera de governo deve comandar o seu sistema; isto significa dizer que, deve manter uma estrutura organizativa que lhe dê condições de executar ações e serviços de saúde, coordenar o sistema, articular com todos os envolvidos no processo, planejar e acompanhar, avaliar, controlar suas ações prioritárias e auditar serviços próprios e privados.

Iniciam-se assim os problemas e também os grandes desafios que o SUS enfrenta do ponto de vista da gestão para avançar. Os municípios, em sua grande maioria, não conseguem constituir uma estrutura organizacional que dê conta dessa complexidade e que ainda possuam profissionais preparados para todos esses encargos. Em geral, esses profissionais são especializados em suas áreas específicas e são desviados para as funções administrativas e de gestão, sem nenhum preparo para gerenciar um sistema complexo.

O Estado de Mato Grosso não foge a regra e enfrenta como todos os estados federativos, grandes dificuldades para implantar o sistema de serviços de saúde, principalmente em municípios de pequeno porte. Esses desafios de implantação são um pouco menores nos municípios e nas capitais que, em geral, possuem uma melhor arrecadação fiscal e, com isso, conseguem montar estruturas organizativas melhores. Mas isso não significa necessariamente que os problemas para efetuar uma gestão eficaz estão resolvidos nas capitais. Muito pelo contrário, a observação, constatação permitem afirmar que as dificuldades são ainda maiores, pois são municípios polos que, em geral, são referência de média e de alta complexidade para todos os demais municípios da região. Isso requer uma gestão qualificada para atender o que preconiza a legislação vigente.

No município de Cuiabá, é possível identificar situações na Secretaria Municipal de Saúde que evidenciam a existência de algumas áreas/gestores que desconhecem o modelo de gestão da Secretaria e negam qualquer possibilidade de participação na formulação e implementação de mudanças na gestão da organização.

Identificam-se, também, pessoas totalmente comprometidas com a implementação de ações do Plano Municipal de Saúde mas que, em contra partida não possuem conhecimento teórico suficiente sobre gestão pública e, por isso mesmo, fazem foco nas questões burocráticas e administrativas rotineiras, confundindo administração com gestão.

Para além disso, o processo de Planejamento Estratégico onde deveriam ser definidas as prioridades, apesar de ser participativo, não deixa claro se existem critérios definidos para a determinação de prioridades.

Diante do exposto, a pergunta que norteia essa pesquisa é a seguinte: Qual o modelo de gestão adotado no Sistema de Serviços de Saúde de Cuiabá, quanto à definição de prioridades?

Para tanto, este estudo estrutura-se em cinco capítulos. No primeiro capítulo, apresenta-se uma revisão teórica dos aspectos conceituais que envolvem a gestão pública. Tais aspectos contemplam questões como funções e atribuições dos gestores do SUS, modelo de gestão, definição de prioridades, problemas e necessidades, processo para definição de prioridade.

No segundo capítulo, são discutidos os assuntos que dizem respeito à caracterização da gestão pública e do planejamento em saúde, assim como, a gestão da saúde, gestão de sistemas e serviços de saúde, gestão estratégica e planejamento no SUS, definição de prioridades.

Em seguida, no terceiro capítulo, apresentam-se os objetivos gerais e específicos. No quarto capítulo, os principais aspectos metodológicos da pesquisa, contemplando suas características de seu desenho, objetivos, métodos e técnicas de coletas de dados e análise de dados.

No quinto capítulo, discorre-se sobre a gestão da Secretaria Municipal de Saúde, a caracterização geral do município e da secretaria, sua estrutura organizacional, planejamento e capacidade gerencial.

No sexto capítulo, apresentam-se os resultados da pesquisa que demonstram como se dá a definição de prioridades no SUS de Cuiabá: discutem-se a identificação e convergência de critérios e de prioridades no Sistema de Serviços de Saúde de Cuiabá e a caracterização do modelo e do processo de definição de Prioridade no município. Por último, mas não menos importante, apresentam-se as considerações finais, bibliografia, apêndices e anexos.

Com isto, espera-se que esse estudo contribua com esse movimento científico de avançar teoricamente nesse “grande mar” chamado Gestão e Ação Gerencial nas organizações contemporâneas. Para refletir, “quem sabe o porquê do que faz pode fazer melhor” (MOTTA, 2004).

1. GESTÃO E DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES NOS SISTEMAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O debate teórico que envolve a questão da gestão pública em saúde no Brasil abarca um grande número de autores e pesquisadores. Assim, neste capítulo, serão discutidas as seguintes perspectivas teóricas: a Gestão de Saúde; a Gestão do SUS; Gestão Estratégica e Planejamento no SUS; Definição de Prioridades no SUS e Gestão do Sistema de Saúde de Cuiabá.

1.1 – GESTÃO: ORIGENS E ASPECTOS CONCEITUAIS

A gestão é um dos temas mais abordados e estudados no momento, isso deve-se em parte pelas grandes transformações sociais, políticas, tecnológicas, econômicas e, principalmente, na qualificação das demandas da população na atualidade. Tais transformações são provenientes, entre outras coisas, da revolução tecno-científica que ocorreu nos campos da comunicação e telecomunicação, dentre outros, de algum modo provocou impactos no gerenciamento nas organizações sejam elas públicas ou privada.

A gestão contemporânea é concebida como um processo, ao mesmo tempo político, técnico, financeiro e administrativo, envolvendo relações entre o setor público e privado. Também, pode ser compreendido nos níveis central, regional e local do sistema de saúde e entre os diferentes níveis de complexidade do sistema.

Em saúde a gestão pode ser entendida como: direção ou condução de processos político-institucionais relacionados ao sistema de saúde, eminentemente conflituosos ou contraditórios, ainda que nos níveis técnico-administrativo e técnico-operacional desenvolva ações de planejamento, organização, gerenciamento, controle e avaliação dos recursos humanos, financeiros e materiais empregados na produção de serviços de saúde (TEIXEIRA, 2001).

A proposta da OPS/OMS (1992) aproxima a noção de gestão da administração estratégica, na qual podem ser valorizados os componentes vinculados à distribuição dos diferentes tipos de poder em saúde e à construção de viabilidade das intervenções desenhadas. Nesse sentido, então, gestão e planejamento não se limitam a pensar objetos - meio (recursos financeiros, materiais, “informacionais”, de

poder, etc.), isoladamente, mas suas articulações com objetos-fim (intervenção, assistência, acolhimento, cuidado, etc.) em uma totalidade social.

Novas tecnologias de gestão, processos e gerenciamento organizacional, apesar dos avanços na administração contemporânea, ainda preconizam como base teórica e filosófica, as teorias e as concepções herdadas de Taylor e Fayol, que continuam presentes na base do pensamento administrativo das organizações na atualidade. No que se refere à área da saúde, os sistemas e serviços também sofrem forte influência dessas concepções e muitas modificações precisaram e, ainda, precisam ser feitas para que ofereça cada vez mais à população serviços de melhor qualidade.

Segundo MOTTA (2004, p.12), “a última década foi inovadora e, até certo ponto, revolucionária no que concerne à prática da gestão. Muitos conceitos e propostas desenvolvidos em décadas anteriores foram revistos e colocados às vezes em polos diametralmente opostos”. Sendo assim, coloca-se neste debate algumas das principais questões que compõe a discussão da gestão contemporânea. Entretanto, algumas indagações permanecem clássicas no debate da gestão.

Mas, o que é na verdade gestão? Gestão é a mesma coisa que administração? Quem está gerenciando está fazendo gestão? O administrador é mais importante que o gestor?

Gestão é palavra muito utilizada, mas não existe consenso sobre seu significado. Atualmente, o termo é preferido pela sua generalidade e pureza modernas, uma vez que o mesmo não sofreu desgaste pelo uso como já sofreram os termos administração e gerência. Administração tem origem no século XVII, com a institucionalização do cargo de ministro. Cabia ao administrador executar as decisões emanadas dos órgãos políticos superiores (parlamentos, assembleias), o sentido vem do latim *minus* (menos) e se contrapõe a *magis* (mais) de magistrado. Já o termo gerência vem da área privada, utilizado para designar pessoas que são encarregadas de executar as ordens dos diretores, portanto também é uma função subordinada àqueles que estão nos conselhos superiores das empresas (MOTTA, 2004).

MIRANDA (2007) afirma que essa discussão tem elementos de ordem conjuntural e normativa e por isso deve ser referenciada, ou seja, estamos falando de Gestão no Brasil e não da Espanha, na Inglaterra, nos EUA. Na língua espanhola

gestão e gerenciamento são usados de forma indistinta em muitos textos; já na língua inglesa esses termos não são sinônimos. Gestor é entendido no sentido de *Reptoria-Reitor*- aquele que projeta, abriga, pensa longe, pensa nas estratégias e não se envolve com pequenezas.

Na década de 90, em função dos desgastes da palavra administração, a Gestão passa ser utilizada no Brasil para definir o campo da administração e da gerência e não representa mudança conceitual. Conceitualmente, então, em função do desgaste da palavra administração (novo campo de conhecimento e uma nova prática profissional) a palavra gestão é usada no sentido de co-gestão e autogestão. Somos influenciados, portanto, pela terminologia do inglês norte-americano onde a palavra *management* é também utilizada como sinônimo de *administration* apesar de na linguagem técnica, tanto nos E.U.A como no Brasil, aparecerem as expressões *business, administration e public management*, para designar respectivamente administração de empresas e gerência pública (MOTTA, 2004).

VASCONCELOS (2006) afirma que o termo gestão também tem distinções culturais e linguísticas nos âmbitos da ação pública e privada. No passado, no âmbito da ação pública, utilizava-se mais a palavra administração, enquanto gerência era utilizada para a condução de negócios privados.

A distinção entre os dois conceitos só é importante quando se trata de analisar o fenômeno de mudança nas organizações. Para tomada de decisões é uma discussão estéril. Nesse sentido, pode-se afirmar que “todos” que estão desenvolvendo funções de gerenciamento nas organizações, públicas ou privadas, estão fazendo gestão (MOTTA, 2004).

Gestão é, portanto, “um termo genérico, é uma ciência, uma arte e sugere a ideia de dirigir e de decidir, é a arte de pensar, de decidir e de agir, é a arte de fazer acontecer, de obter resultados” (MOTTA, 2004, p.26).

A gestão pode ser tratada como algo científico, racional que contempla análises e relações de causa e efeito para prever e antecipar ações, mas não pode desprezar a sua outra face, que é a de “imprevisibilidade e de interação humana, que lhe conferem a dimensão do ilógico, do intuitivo, do emocional, espontâneo e do irracional” (MOTTA, 2004, P. 26).

MINTZBERG (2006, p.48) entende que definir gestão como uma ciência é fazer uma declaração falsa, pois a ciência envolve o “cumprimento de procedimentos ou programas sistemáticos, analiticamente determinados”. Quando se observa a rotina diária de um gestor, percebe-se que não utilizam procedimentos sistematizados com rigor, então não se pode prescrevê-lo por análise científica.

Com relação ainda ao entendimento de gestão como uma ciência TOBAR (2002), também é contrário a esse pensamento quando questiona a existência autêntica de uma ciência da gestão. O autor lembra que os manuais para executivos estão cheios de discursos de charlatães e como uma arte, afirma que quem conduz não é necessariamente um artista e sim um artesão que possui algumas ferramentas, técnicas e conceitos, mas que precisa de talento para ter bom desempenho.

Para VASCONCELOS (2006, p.51) “o discurso administrativo tem associado gestão à idéia de definição de rumos, formulação de estratégias, condução, direção e governo das organizações públicas ou/e privadas e gerência à administração como espaço de implementação das decisões”

TOBAR (2002, p.4), concorda que gestão tem a ver com condução, com direção, mas conduzir no sentido de “sincronizar vontades, conciliar visões, objetivos e interesses”. Portanto, gestão é sempre, em primeiro lugar, de recursos humanos, gestão então é conduzir pessoas. E não no sentido de administrar sincronizando condutas, padronizando habilidades e/ou atividades, muito menos ordenando, alocando recursos seguindo algum critério lógico.

“Gestão é a preocupação e a ocupação na sincronia entre as ações e os objetivos. Não há gestão de coisas, mas de pessoas, de vontades e de ações. O restante pode tranquilamente ser chamado de administração. A administração existe e é importante, mas não é gestão. Não responde à essência da organização àquilo que lhe dá vida. É por isso que afirmamos que nossas instituições tendem a serem sobre-administradas e sub-gestionadas. Porque as coisificamos; estamos preocupados demais com aquilo que não é importante e muito pouco com aquilo que é fundamental. Estamos mais atentos às ferramentas que aos modelos, às receitas do que à ideologia” (TOBAR, 2002, p. 12).

Neste trabalho o conceito de gestão adotado será o de TOBAR (2002), pois entende-se que a preocupação e a ocupação do dia a dia de um gestor deve ser exatamente a de descobrir caminhos que possibilitem sincronia entre vontades, ações e objetivos.

O paradigma Burocrático no qual se formaram as gerações de administradores nas últimas décadas, está em crise porque o mundo mudou, vive-se hoje em uma aldeia global, a revolução tecnológica e a globalização exigem novas formas de gestão. No modelo dominante, a idéia básica era a de que gerenciar bem é modelar uma organização seguindo as linhas do modelo weberiano. Uma boa organização é a que tem um organograma detalhado, maximiza a divisão do trabalho, planeja todas as funções que a integram, conta com descrição de cargos, manuais de tarefas, procedimentos, circuitos (KILKSBERG, 1994).

BINSFELD e HORTALE (2004), refletindo sobre o novo paradigma gerencial concordam com CAMPOS (2000), que propõe em seu método da roda a criação de Unidades de Produção, que substituam departamentos e seções, que separam os trabalhadores segundo suas funções ou especialidade, por unidades de produção que trabalhariam na lógica simultânea de valores de uso e de coletivos. Cada unidade teria seu colegiado de gestão e um projeto de trabalho

Nesse sentido, há um consenso na literatura especializada sobre a complexidade do gerenciamento nas organizações públicas. Tal complexidade envolve um mosaico de dimensões institucionais, gerenciais e organizacionais que tornam os processos e modelos de gestão cada vez mais híbridos no sentido de refletir diversas formas de gestão.

De outro modo, pode-se afirmar que a diversificação de modelos e práticas de gestão nas organizações, estão cada vez mais voltado para uma racionalidade privada buscando o rompimento com o modelo burocrático de gestão e, dessa forma, distanciando-se cada vez mais da lógica de Fayol e Taylor, buscando novos resultados para as organizações públicas (BINSFELD e HORTALE, 2004).

Os autores DUSSAULT (1992), BINSFELD e HORTALE (2004), MERHY (1995), RIVEIRA e ARTMANN (1999) chamam atenção ainda para a dificuldade que é gerenciar em organizações complexas, como é o caso das organizações de serviços de saúde. E concordam também quando se trata de analisar

configurações organizacionais MINTZBERG (2006) é o que melhor as define. O autor as denomina de organizações profissionais.

As organizações profissionais possuem configurações parecidas com as organizações mecanizadas. O que as defere em termos de configuração é que as profissionais têm como base a padronização das habilidades e não de processos de trabalho. Há uma pressão dominante para a profissionalização, o treinamento, a doutrinação, a especialização horizontal das tarefas e a descentralização vertical e horizontal. A organização necessita de pessoas altamente treinadas. Nesse sentido a parte chave da organização é o núcleo operacional. Em outras palavras: “a estrutura dessas organizações é, essencialmente, burocratizada, sua coordenação - como a da Burocracia Mecanizada - é atingida pelo design, pelos padrões que predeterminam o que deve ser feito” (MINTZBERG, 2006, p.214).

DUSSAULT (1992), em seu artigo sobre a gestão de serviços públicos de saúde, afirma que as organizações do tipo profissional são “combinações típicas de atributos básicos, resultado da interação das forças que influenciam a organização dependem para funcionar bem de seus operadores”. Estes devem possuir alto nível de qualificação e pouca formalidade para produzirem.

Fica claro por que discutir formas alternativas de gestão é tão necessário para o Sistema de Serviços de Saúde na atualidade, pois é uma área de interesses divergentes, onde os sujeitos envolvidos, usuários, profissionais, prestadores de serviços, governo, disputam poder para verem seus interesses atendidos. (DUSSAULT, 1992)

Em suma, o setor de saúde não pode ser abordado sem considerar as suas particularidades, concebendo um ambiente democrático e formado por gestores com habilidades específicas. Essa discussão sobre gestão remete às discussões sobre função, atribuições e habilidades que os dirigentes do mundo moderno necessitam para a gestão dos serviços de saúde. A seguir discuti-se as competências do gestor de saúde que passa a ser relevante para a pesquisa.

1.2 – COMPETÊNCIAS DO GESTOR

Uma das características mais importantes da sociedade contemporânea é o conhecimento, que de alguma maneira expressa-se no acesso às informações. A sociedade do conhecimento, como é conhecida, baseia-se essencialmente na formação de capital intelectual humano que é retratado através dos investimentos em pesquisa e desenvolvimento no homem, no profissional, de uma forma geral no trabalhador.

Neste novo mundo do trabalho, os profissionais precisam estar atentos às principais mudanças e inovações que envolvem o seu campo de atuação profissional. Assim, as mudanças radicais nos campos das relações trabalhistas, das condições de trabalho, dos relacionamentos que geram o clima organizacional, do alcance de metas estratégicas, exigem que aquele que faz a gestão possua competências e habilidades, nem sempre natas, para atender as demandas de uma sociedade cada vez mais exigente e organizada politicamente. Houve grandes avanços e mudanças na concepção de gestão nas organizações.

MOTTA (2004) afirma que até a década de 70 no Brasil, os dirigentes de alto nível eram chamados de administradores, os que exerciam funções em pequenos comércios eram chamados de gerentes e somente os gerentes de agências bancárias eram reconhecidos como mais nobres, ou seja, tinham algum status social.

DUSSAULT (1992) assinala que no SUS o discurso administrativo acerca da gestão como idéia de definição de rumos de estratégias, foi incorporado na sua normatização, com isso há uma diferença entre gestor e gerente. Nesse caso o Gestor é reconhecido como aquele que gere o sistema de serviços de saúde e o Gerente gere os serviços de saúde. Sendo assim, adota-se neste trabalho tal concepção de maneira que ao referir-se sobre gestor está-se referindo àqueles que gerenciam o sistema de saúde.

Mas essa discussão não pode vir descolada das especificidades das organizações da saúde, que são organizações profissionais que dependem de especialistas e que produzem serviços que requerem autonomia de prática. Os problemas exigem a colaboração de profissionais de diversas disciplinas, pois são problemas multidimensionais e multicausais, por isso mesmo essa coordenação é

bastante difícil, pois deverá suscitar a adesão dos profissionais aos objetivos da organização (DUSSAULT, 1992).

Um Gestor de organização tipo profissional deve então estar preparado para as incertezas, para a flexibilidade nas normas, para controlar e ao mesmo tempo dar autonomia, para estimular os prestadores de serviço a prevenirem erros (DUSSAULT, 1992).

Espera-se então daquele que pratica a gestão que tome decisões acertadas, priorize os problemas que realmente precisem ser eliminados primeiro, otimize recursos, enfim utilize as melhores ferramentas que possui.

O gestor, para TOBAR (2002), não é um artista, é um alquimista de outrora, com um conhecimento terapêutico que não garante o bem estar de quem o possui, mas quando combinado com certas habilidades pessoais permite desempenhar bem sua função e produzir resultados.

Gerenciar é diferente de administrar, pois vai além do ordenar, do administrar pessoas, sua vida funcional, do alocar recursos de maneira racional. Gerenciar, portanto, é conduzir pessoas, o gestor então é um conciliador de visões, objetivos e interesse, sincroniza vontades; gerenciar implica necessariamente liderança. (TOBAR, 2002)

Segundo TOBAR (2002) as palavras gestão, gerenciamento, liderança e condução estão estritamente vinculadas e o líder não precisa necessariamente ser carismático, simpático ou possuir algum tipo de magnetismo para conduzir pessoas com objetivos determinados; mas esses atributos ajudam bastante, mas precisa possuir três requisitos que são:

“... primeiro é imprescindível identificar claramente os objetivos da gestão, quer dizer qual é a conversão que deve ser praticada. Segundo é imprescindível que se defina o papel de cada qual (agente ou membro da equipe) para alcançar tal conversão. Desta maneira são identificadas prioridades e podem ser estabelecidas estruturas, normas e processos adequados. A terceira condição da liderança consiste em ser sensível e reflexivo com respeito ao modelo de gestão adotado” (TOBAR, 2002, P.13)

Com relação ao gestor como um líder, busca-se também a visão de BINSFELD e HORTALE (2004) quando discutem as novas propostas de gestão citando a de RIVERA e ARTMAN (1999), que segundo os autores, “é necessário pensar uma liderança comunicativa, o que implica ver a liderança não mais ligada à supervisão, mas à viabilidade dos processos de interação necessários ao desenvolvimento da organização” (BINSFELD E HORTALE, 2004, p. 82).

JUNQUILHO (2002, p.3) cita Henry Mintzberg (1973), que “mostrou como a gestão e a conseqüente ação cotidiana dos gerentes era caracterizada de forma bem distinta do que pregava Fayol, no início do século XX, por meio de suas famosas *funções administrativas* – planejar, comandar, controlar, avaliar e organizar”. Lembra ainda outro trabalho, que Mintzberg (1990), afirma que aquelas *funções* devem, na verdade, ser caracterizadas como o “folclore” da gestão, pois, de “fato”, os gerentes não só têm dificuldades para o exercício de atividades sistematizadas por intermédio do planejamento, bem como tomam decisões nem sempre baseadas em sistemas formalizados de informações, estando envolvidos em ambientes dinâmicos em que são imperiosos os contatos informais.

Com isso, as novas demandas gerenciais para o setor público são muito amplas e cobrem um variado espectro. Têm a ver com o entorno, com o que se fez com as novas tecnologias, com os desenvolvimentos na área geopolítica, com as transformações na área geoeconômica e com as necessidades prioritárias. “Um segundo tipo de demandas para a gerência pública tem a ver com o como lidar, com a complexidade e com a incerteza. Uma coisa é gerenciar num meio como o dos anos 60,70, inclusive o dos anos 80; outra é fazê-lo no meio de uma aldeia global” (KILKSBERG, 1994, p.127).

Como o papel do gestor evoluiu ao longo do tempo e superou o conceito da “Escola Clássica de administração”, a pergunta que se faz hoje é como se adaptar a um ambiente que muda constantemente? TOBAR (2002, p.3) responde a essa pergunta afirmando que é “redefinindo o papel atual do gestor, vendo-o como um agente da mudança e da adaptação; mas fundamentalmente como um construtor de certezas, um abridor de caminhos para a organização”

Esse tipo de profissional é difícil de se encontrar no mercado de trabalho, pois dele se exigem habilidades complexas, como: “capacidade analítica, de

juízo, de decisão e liderança e de enfrentar riscos e incertezas” (MOTTA, 2004, p. 27).

MOTTA (2004) defende que os gestores sejam preparados para exercer bem seu trabalho, e essa preparação não deve se limitar ao domínio de técnicas administrativas. Estas técnicas são importantes para melhorar o que existe, no sentido de aprender análises e relações de causa e efeito que contribuem com a previsão e antecipação de ações gerando eficiência para o serviço.

No entanto, aprender coisas novas que permitam amplitude e lateralidade de pensamento, como mais conhecimento ou mesmo formação avançada para estimular sua mente e sua curiosidade, aumenta a sua capacidade de pensar e julgar o que é crucial para melhor decidir e agir. O gestor precisa possuir uma capacidade gerencial que só se consegue através do aprendizado gerencial mais sistematizado. Um aprendizado que deve ser feito para abrir um caminho para novos valores e alternativas.

Capacidade gerencial exige habilidades mais complexas, são elas: capacidade analítica, de juízo, de decisão e liderança, de enfrentar riscos e incertezas, de negociar entre interesses e demandas múltiplas e de integrar fatores organizacionais cada vez mais ambíguos e diversos. A capacidade gerencial se desenvolve através do aprendizado gerencial que acontece, segundo MOTTA (2004), através dos conhecimentos sistematizados, mas também, pela incorporação de ensinamentos produzidos pela experiência individual tanto interna quanto externa à organização em que trabalha. O aprendizado gerencial então

“... é o processo pelo qual o indivíduo adquire novos conhecimentos, atitudes e valores em relação ao trabalho administrativo, fortalece sua capacidade de análise de problemas, toma consciência de alternativas comportamentais; conhece melhor seus próprios estilos gerenciais e obtém habilidades para uma ação mais eficiente e eficaz em determinados contextos organizacionais” (MOTTA, 2004, p. 28)

Com relação ainda à formação dos gestores de serviço de saúde, DUSSAULT (1992) concorda com MOTTA (2004) quando afirma que eles precisam ter capacidade intelectual e interpessoal que lhes permita enfrentar ambiente

complexo, variável e cheio de limitações. Outra capacidade importante é a de adaptação de suas decisões e ações a um contexto particular. Essa capacidade se apresenta através do aprendizado a partir de seus erros, de se formar para enfrentar com eficácia os problemas, e saber definir objetivos, estratégias e divulgá-los dentro e fora de sua organização.

Para MOTTA (2004), o aprendizado gerencial envolve quatro dimensões básicas: a cognitiva, a analítica, a comportamental e a de ação. Nesse sentido é importante chamar a atenção para a dimensão analítica, sem desconsiderar as demais, já que esse trabalho tem como *focus* a tomada de decisão para a definição de prioridades. Tal dimensão, envolve “aprender a decompor problemas administrativos, identificar variáveis fundamentais, estabelecer relações de causa e efeito na busca de novas soluções, objetivos, prioridades e alternativas de ação”, o que significa saber a utilidade e a potencialidade das técnicas administrativas, adquirir mais realismo profundidade e criatividade na solução de problemas (MOTTA, 2004, p.29).

A gestão de uma organização do tipo profissional exige ainda capacidade de fazê-la em colaboração, em equipe, pois os gestores não realizarão os programas, projetos atividades pessoalmente. Por isso precisam entender o que os profissionais fazem e ser capazes, de fazer como solicitar e utilizar informações que possam melhorar o processo de tomada de decisão (DUSSAULT, 1992).

... “então além das aptidões básicas para gerir, a formação dos gestores deve incluir o aprendizado dos conceitos e modelos explicativos que ajudam a entender o funcionamento do sistema de saúde e do sistema de serviços (...) dos fatores ligados a saúde, as necessidades de uma comunidade, (...) o conhecimento do quadro jurídico e institucional da organização e da prestação de serviços, da dinâmica das relações entre os atores do setor saúde e da tomada de decisão em relação à escolha das prioridades e à alocação dos recursos” (DUSSAULT, 1992, p. 11).

Nesse sentido, DUSSAULT (1992) e MOTTA (2004) compartilham que o aprendizado gerencial deve levar o gestor a possuir habilidades gerenciais que facilitem sua tomada de decisão durante a escolha das prioridades e alocação dos recursos.

No que refere-se aos gerentes, JUNQUILHO (2002) afirma que os mesmos não devem ser vistos como agentes imparciais, defensores dos interesses organizacionais, pois, o trabalho gerencial deve ser entendido como um trabalho dotado de diferentes visões que estão relacionadas com as de produção e por isso mesmo geram conflitos de interesses, que perpassam toda a organização.

“À exceção de Whitley (1989), que dá um certo destaque ao contexto no qual se enquadra a organização, os demais autores estão mais preocupados com o comportamento gerencial como descolados e/ou sem condicionamentos externos. Faz-se necessário então, afirmar-se que os atores organizacionais não agem somente de acordo com normas e interesses organizacionais, mas, por participarem de uma sociedade, trazem consigo, ao entrar no mundo do trabalho, diferentes expectativas e interesses derivados de suas experiências ou de status sociais de suas vidas extraorganizacionais” (JUNQUILHO, 2002, p. 11)

Com relação à citação de que nas organizações as pessoas não agem somente de acordo com normas e interesses organizacionais, mas também com seus próprios interesses MINTZBERG (2006) afirma que o trabalho gerencial não é neutro, porque as pessoas não são neutras. Elas trazem seus valores, experiências, competências, habilidades, que são convertidos em um conjunto de modelos mentais (métodos importantes pelos quais os gerentes interpretam o mundo), os quais determinam seu estilo de gestão.

MINTZBERG (2006, p. 46), discutindo sobre o folclore e fatos do trabalho gerencial, afirma que todos os escritores mais conhecidos da literatura gerencial enfatizam uma determinada parte do trabalho gerencial e exclui outra. Para uns, bons gerentes são executores, para outros são pensadores, ou líderes, para os escritores clássicos bons gerentes são controladores. A imagem de que o trabalho de um gestor é altamente sistemático e cuidadosamente controlado é folclore.

Portanto os gestores não são planejadores reflexivos e sistemáticos, uma vez que “trabalham em ritmo incansável, que suas atividades são caracterizadas por brevidade, variedade e descontinuidade, e que são fortemente orientados para a ação e não gostam de atividades reflexivas... Cumprem diversas obrigações regulares,... favorecem as chamadas telefônicas e reuniões,...” (MINTZBERG, 2006, p. 48).

Enfim, essa discussão está longe de se esgotar em virtude da complexidade do mundo moderno, e que, gerenciar organizações complexas, cada vez mais exige habilidades e conhecimentos multidisciplinares tanto no campo da gestão como da administração. Porém entende-se que os autores trazidos para esse debate são os que melhor explicam, ao nosso entender, o que é ser gestor, que habilidade deve possuir e como adquiri-las.

1.3 – MODELO DE GESTÃO: TRAJETÓRIAS E CARACTERÍSTICAS

Nessa etapa do trabalho são feitas algumas considerações acerca do conceito de modelo e de modelo de gestão. Apresentam-se as características dos modelos de gestão pública e da área de saúde.

Gramaticalmente modelo pode ser entendido como “aquilo que serve como padrão, (...) uma descrição prática da maneira como algo funciona e que tem como propósito a utilidade” (GLOSSÁRIOS, 2009)

Para a sociologia, modelo está relacionado à tentativa de se procurar compreender um fenômeno social. Sendo assim modelo, é uma representação que se apóia na observação, para explicar o objeto, na sua sincronia e na sua diacronia, se constituindo como produto dessa elaboração. Do ponto de vista teórico modelo é em primeiro lugar uma ajuda à reflexão e do ponto de vista operacional é uma ajuda a ação (Boudon, 1977).

Segundo SOUZA (2009) modelos são utilizados com frequência na administração, onde são entendidos como instrumentos ou ferramentas. Para o autor um modelo “é uma abstração de uma determinada realidade e seu propósito consiste em conhecê-la antes de construí-la e ou modelá-la, (...) na construção de modelos não se deve procurar a verdade absoluta e sim a adequação a algum propósito” (SOUZA, 2009, p. 50). Não existe um modelo correto e sim modelos adequados dependendo do momento vivido. Um bom modelo incorpora aspectos fundamentais do objeto, mas não consegue apreender todos os seus aspectos. Com isso, é possível afirmar que

os modelos resultam de um esforço de formalização do objeto estudado e tem por finalidade possibilitar aos investigadores interpretá-lo.

Nessa direção, pode-se entender que as organizações de maneira geral possuem modelo de gestão para o desenvolvimento de suas atividades. Ao longo da história, a administração pública adotou vários modelos de gestão que retratavam formas, práticas, culturas e comportamentos adotados na gestão da administração pública brasileira que tornaram-se clássicos como referências de modelos de gestão.

Segundo SOUZA (2009), o modelo de gestão patrimonialista influenciou o Estado e sua administração. O autor baseado nos trabalhos de Raymundo Faoro, afirma que para FAORO (2001), o Estado e a administração pública têm origens no patrimonialismo, nesse sentido o modelo de gestão da época é marcado pela apropriação da coisa pública e do Estado pelo interesses de grupos, de corporações nas “benesses” possibilitadas pelo poder público. É um modelo de gestão centralizador, burocrático e autoritário.

Outro modelo que surge na década de 30 sob a influência dos interesses de um movimento que busca a consolidação da industrialização no Brasil, é o modelo de gestão pública burocrático. Esse modelo possibilita uma gestão pública pautada na meritocracia, na definição clara e hierárquica dos cargos, na separação entre a propriedade e administração, na divisão do trabalho com ênfase nas normas técnicas e escritas, na especialização do trabalho (SOUZA, 2009).

A década de oitenta foi o período em que a discussão em torno dos modelos de gestão passou a ser central nas agendas de pesquisa influenciadas pelos modismos de novas práticas e técnicas de gerenciamento que espalhou-se das empresas privadas para o setor público. Antes disso a discussão girava em torno dos estilos de gerenciamento e estudava-se os heróis dos grandes grupos. Os japoneses foram os grandes responsáveis por chamar a atenção a diversificação existente nos estilos de gestão que de alguma forma lideravam e contribuíram para a administração das grandes corporações empresariais.

Os anos 90, juntamente com o movimento geral de reforma do aparelho de Estado, trazem o modelo de gestão pública gerencial, pautado na descentralização política administrativa visando melhores resultados das ações do poder público. Nesse modelo as pessoas assumem mandos múltiplos e os limites da empresa já não

estão tão definidos. Esse modelo, também chamado de gerencialismo, está articulado com um movimento mais geral de reforma do Estado.

SOUZA (2009) afirma que no Brasil, as idéias de reforma do aparelho estatal foram trazidas inicialmente por Collor de Mello e posteriormente por Bresser Pereira, no governo de Fernando Henrique Cardoso. Nesse contexto foram iniciadas reformas de natureza liberal onde priorizaram-se as mudanças estruturais através do Plano Diretor da reforma do Aparelho do Estado(1995).

O plano que trazia uma visão gerencialista de Estado contribuiria com a mudança de três pontos estratégicos de deveriam ser superados pelo governo Brasileiro, colaborando dessa forma para que o país superasse problemas relacionados com a crise fiscal do Estado, exaustão do modelo burocrático de intervenção do Estado e excesso de formalismos e de rigidez de procedimentos provenientes de uma gestão centralizadora (SOUZA, 2009).

DRUCKER (1997) afirma que essa discussão foi gerada a partir de interesses pessoais, partidários e/ou ideológicos diferentes e culminou em grandes discordâncias a respeito da existência ou não de um modelo ideal de gestão

Nesse sentido a discussão sobre mudança no modelo de gestão que se inicia na área das empresas privadas vai, ao longo dos anos, ganhando força na esfera pública e influenciando todas as organizações públicas, inclusive no campo da saúde. Vários autores como PAIM (2006), MENDES (2004), CAMPOS (2006), TOBAR (2002), VASCONCELOS (2006) concordam que dentre os principais problemas enfrentados pelo SUS está o relativo à melhoria da sua gestão. A melhoria da gestão passa pela melhoria do modelo de gestão. GARCIA (2001) e TOBAR (2002) compreendem modelo de gestão no mesmo sentido. Ou seja, é uma forma de definir prioridades e tomar decisões.

Foi assim que os componentes do modelo de gestão ganharam grande importância para os estudiosos do assunto. TOBAR (2002) assegura que a primeira aproximação acerca do funcionamento das organizações foi feita por Henry Mintzberg com sua classificação dos cinco tipos de organização (estrutura simples, forma divisionária, burocracia mecânica, burocracia profissional, adhocracia). Seguido por Gareth Morgan, com sua revisão das teorias da organização através das imagens e metáforas.

Entender melhor as estruturas das organizações contribui para um melhor entendimento do seu gerenciamento e do seu modelo de gestão. No entendimento de TOBAR (2002, p; 15) “modelo de gestão diz respeito a um modelo de tomada de decisões e de definição de prioridades dentro da organização. Isto é, a seqüência ordenada e (às vezes) racional em que devem ser apontadas e resolvidas decisões”.

“(…) Por modelo de gestión entendemos una forma sistemática y racional para la toma de decisiones propias de la organización. Establece un orden de prioridades y crea contextos decisorios particulares. Es decir, la secuencia, ordenada y racional en la cual las decisiones deben ser planteadas y resueltas” (TOBAR, 2002 ,p.).

È impossível para a organização não possuir um modelo de Gestão. Mesmo que ele não esteja claro para todos, ele existe, “siempre hay un modelo de gestión. Toda organización posee un modelo de gestión que puede ser más o menos explícito, más o menos racional, sus prioridades pueden ser o no transparentes, pero siempre existe”(TOBAR 1999, p 11).

De uma forma geral, pode-se verificar que, modelo de gestão se diferencia das tecnologias sólidas e físicas, pois aproxima-se mais de uma tecnologia social, onde os principais insumos são as pessoas, com suas condutas e atitudes. Neste sentido, a definição de um modelo de gestão, pode ser compreendida como “uma unidade mínima (irredutível) que contém os elementos da identidade da organização, expressa um estilo de gerenciamento, expressa hierarquias, incluem razão e intuição, o formal e o informal” (TOBAR, 1999, p.17),

Do ponto de vista das organizações pode-se afirmar que “uma forma de compreendê-las é através de sua missão e objetivos, e para explicá-la somente através dos processos, comportamentos e resultados, que são congruentes a aqueles” (TOBAR, 2002, p.12). Portanto a missão passa a ser chave para os estudos que pretendem entender modelos de gestão. Para BINSFELD & HORTALE (2004), os estudos de Cecílio (2000) que utiliza a missão como condutora de mudanças nas organizações possui uma concepção muito próxima do conceito de TOBAR (2002) que entende a missão como a contribuição da instituição na sociedade. Assim, ela

está ligada aos objetivos oficiais da organização e não se pode definir prioridades sem ela.

BINSFELD & HORTALE (2004) ainda baseados em Cecílio (2000), apontam alguns ganhos em se trabalhar a missão dentro das organizações. Esses ganhos são de natureza política e gerencial, uma vez que estimulam a comunicação dentro da organização. A missão partilhada com todos desloca o foco de atenção para o usuário e ajuda os trabalhadores a definirem melhor seu papel. Contribui ainda com a ênfase no alcance de resultados estimulando a utilização de informações e a criação de indicadores de acompanhamento.

O SUS, segundo a sua legislação deve ser gerenciado de forma descentralizada e participativa. Sua gestão deve ser compartilhada pelas três esferas de governo. Suas ações e serviços devem ser integradas. Atualmente a organização das unidades de serviço é piramidal conforme níveis de complexidade e os técnicos desses serviços são desafiados todos os dias a buscar a integralidade das ações desenvolvidas. O que não é nada fácil.

Nesse sentido, TOBAR (2002) ainda demonstra que um sistema serviços de saúde possui três componentes: o político ao qual o autor chama de modelo de gestão, o econômico chamado de modelo de financiamento e o técnico chamado de modelo de atenção.

O modelo de gestão encontra-se no componente político e sua problemática consiste “na definição de prioridades, do serviço, em quais são as decisões que devem ser tomadas desde a condução, que valores a guiam, quem as toma e como as toma” (TOBAR, 2002, p.15).

Ainda segundo o autor os elementos do modelo de gestão são o SER, o FAZER, o ESTAR, onde cada desafio da gestão institucional envolve as três dimensões do modelo (TOBAR, 2002).

Sendo assim, para os fins desta pesquisa, a dimensão do componente do modelo de gestão que mais interessa nesse estudo é o fazer, onde entre outras partes, está a de definição de prioridades.

Na próxima seção serão exploradas as principais características que envolvem esta questão da definição de prioridades.

1.4 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES: PRINCIPAIS BASES CONCEITUAIS

Nesta parte do trabalho serão discutidas as principais bases conceituais para a definição de prioridades. Espera-se que haja um maior entendimento da importância que uma organização deve dar ao seu processo de definição de prioridades.

Definir prioridades é selecionar caminhos para o alcance da missão. É a expressão da ordem de relevância. Toda organização enfrenta problemas para assegurar recursos para alcançar sua missão e cumprir com suas funções. É na definição e na instrumentação efetiva das prioridades que a organização começa a por em prática sua consistência (TOBAR, 2002).

Para isso é “preciso que todos remem para a mesma direção, o que equivale dizer que a consistência dos sujeitos e as ações entre eles, deve estar em consonância com o ser da organização, ou seja, com missão, valores e visão de futuro” (TOBAR, 2002, p.23).

Entretanto, nas organizações complexas, como é o caso das de serviços de saúde, essa consonância de caminhos não é tão evidente, pois se muitos caminhos podem levar até ao mesmo lugar, os sujeitos começam a discordar sobre quais caminhos resultam no lugar mais adequado (TOBAR, 2002).

Porém, o referido autor é categórico em afirmar que somente quando as prioridades estão claras e incorporadas por todos, é que começa a haver uma verdadeira organização.

A definição de prioridades acontece no momento de planejamento, onde se sincronizam as vontades, conciliam-se as visões, objetivos e interesses.

Para determinar as prioridades de ação e de investigação, o primeiro passo é escolher os problemas e reter alguns deles, através de duas operações: a da estimação e comparação. Primeiro se estima o valor de um problema e em seguida se compara a outros problemas e por fim se decide em função dos resultados obtidos. “Esse processo exige a utilização de critérios, em geral se utilizam três critérios principais para determinar prioridades de saúde, a importância do problema, a

capacidade do programa ou da intervenção para solucioná-lo e a factibilidade do programa e da intervenção” (PINEUALT E DAVELUY, 1987, p.221).

ARTMANN (1993), com relação também à escolha e seleção de problemas, afirma que segundo o planejamento estratégico situacional (PES), essa se dá no momento explicativo, onde a seleção é feita por um grupo de pessoas utilizando alguma técnica (exemplo: tempestade de idéias). Pode-se construir uma primeira listagem de problemas que devem ser agrupados por afinidades e passar por um protocolo simples de seleção que serve para refletir sobre a relevância dos mesmos antes da seleção definitiva.

Afirma ainda a autora que mesmo quando o gestor tem claro quais os problemas deverão ser enfrentados é útil ter um protocolo para confirmar sua importância estratégica. O protocolo inclui alguns critérios como: “valor do problema para o ator principal, para outros atores e para a população; custo econômico das soluções; custo político do enfrentamento ou postergação do problema; eficácia da intervenção, entre outros que podem ser acrescentados dependendo do âmbito do problema” (ARTMANN, 1993, p. 09).

Nesse sentido, as opiniões de ARTMANN (1993) e PINEUALT e DAVELUY (1987) convergem entre si quando afirmam que é necessário listar os problemas, escolher e selecionar aqueles que são relevantes e utilizar critérios para determinar as prioridades em saúde.

Prioridade é definida no dicionário como:

“1. Qualidade ou estado de primeiro; antecedência no tempo; 2. Precedência no tempo ou no lugar, primazia, preferência; 3. Direito de falar primeiro ou ser atendido em primeiro lugar; 4. Preferência de fabricação, fornecimento, transporte; etc...; decretada para produtos ou materiais escassos em tempos de emergência” (MIRADOR, 1982).

PINEUALT E DAVELUY (1987) distinguem dois tipos de prioridades: as de ação, onde se deve dizer desde agora quais os problemas e soluções que podem ser objeto de ação e as de investigação onde os problemas e soluções devem ser estudados antes de serem implantados.

É complicado falar de definição de prioridades, quando se trata de vidas humanas e sua preservação. Nessa situação tal definição não obedece a um padrão

rígido, o que existe são sugestões de critérios, que devem ser aplicados com flexibilidade para estruturar as ações de saúde, definir determinados problemas de saúde e grupos de idade e selecionar meios econômicos para o cumprimento das metas pré-estabelecidas

Portanto, estabelecer prioridades significa delimitar qual será o primeiro problema de saúde que iniciará a série por ser o mais importante, e o melhor, do ponto de vista da intervenção e resultados e o indispensável para manter a vida.

Nesse sentido, TINOCO (1984) afirma que é necessário também hierarquizar os problemas. A hierarquização de problemas apresenta duas dimensões, o que a torna mais complexa: a dimensão de temporalidade e a dimensão de impossibilidade de satisfação das necessidades de todos.

Na primeira, é necessário procurar a satisfação das atuais necessidades, sem se esquecer das futuras e impedir o regresso das passadas, já que as necessidades são recorrentes e que o Brasil encontra-se em processo de transição epidemiológica, o que possibilita o reaparecimento de doenças anteriormente controladas, persistência de doenças infecto parasitárias e aumento das doenças crônico-degenerativas.

Na segunda, está presente a lógica de que como o consumo na saúde é ilimitado, faz-se necessário que se imponha uma hierarquização de favorecimento, pois, do ponto de vista do acesso a bens e consumo a saúde é considerada de consumo infinito, onde quanto mais acesso os indivíduos têm ao setor saúde mais necessidades terá dos mesmos. Ou seja, quanto mais investimento em atividades de promoção e prevenção à saúde maior expectativa de vida e mais possibilidade do envelhecimento populacional, o qual ocasionará aumento das doenças crônico degenerativas. (BORDIN, 1999).

Para o estabelecimento de prioridades, existe uma série de critérios que devem ser vistos como sugestões e aplicados com flexibilidade por se tratarem de escolhas que dizem respeito ao direito à saúde e a vida humana. Os critérios sugeridos dizem respeito ao equilíbrio entre os serviços e as atividades desenvolvidas na saúde e em diversas áreas. Dizem respeito ainda a procedimentos que priorizem determinados problemas de saúde e selecionem os meios econômicos (pessoal e

material) necessários ao cumprimento de metas pré estabelecidas, compatibilizando quantidade e qualidade (OMS, 1967).

BORDIN (1999) afirma que a discussão acerca da questão dos critérios definidores de prioridades em saúde gira em torno de três abordagens: magnitude do evento, transcendência do problema e vulnerabilidade. PINEUALT E DAVELUY (1987) podem ser um exemplo quando citam em seu estudo o método Hanlon, que se utiliza das dimensões: magnitude do problema, severidade do problema, eficácia da solução e factibilidade do programa, para definir prioridades em saúde.

BORDIN, (1999) afirma ainda, que ao longo do tempo outros critérios foram sendo incorporados ao processo para que, por exemplo, pudessem ser entendidas as causas de óbitos preveníveis, as doenças do subdesenvolvimento, sendo eles os critérios de mortalidade, morbidade ou gravidade de lesão residual e de exigüidade de controle.

Nesse sentido, o autor destaca que nas ultimas três décadas mais quatro critérios, têm se destacado, em função da maioria dos sistemas de saúde do mundo estarem passando por medidas de ajustes. No Brasil esses ajustes são facilmente vistos através das medidas racionalizadoras adotadas no processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). São critérios que procedem da área administrativa, sendo os seguintes: custo per capita, capacidade administrativa, compromissos macro regionais e grau de interesse da comunidade (BORDIN, 1999).

TEIXIERA (2002), no Projeto ITD- Informação para tomadores de decisão em Saúde Pública, acerca da pergunta, Que critérios podem ser utilizados para determinar prioridades em saúde? Responde :

“Existem vários critérios disponíveis na literatura para apoiar o processo de determinação de prioridades em saúde. Os critérios emanados do método CENDES/OPS (Teixeira, 1993) tem sido muito utilizados em processos de planejamento e programação local, no que se refere aos problemas do estado de saúde da população e inspiraram outras propostas. Técnicas da gestão pela qualidade total também são utilizadas na determinação de prioridades relativas ao sistema de saúde. Em geral, os critérios referem-se ao tamanho e à importância do problema e às possibilidades atuais e potenciais de enfrentá-lo no contexto no qual ele se apresenta” (TEIXEIRA, ORG,2002).

Segundo BARRENECHEA (1988) as etapas do processo de definição de prioridades no setor saúde, são: sistema de decisão global; situação global desejada; situação global atual; análise do espaço entre as duas situações; seleção dos problemas; seleção das soluções viáveis; seleção de alternativas tecnológicas.

O processo de definição de prioridades é parte fundamental do processo de decisão. É a essência da definição de uma política, portanto, é a etapa inicial de um processo que desencadeia a seqüência de decisões necessárias para alcançar o objetivo desejado. As organizações públicas atuam em um contexto complexo, mal definido, inter-relacionado e portanto deve utilizar-se de instrumentos e análises quantitativos (insuficientes para analisar processos destinados a obter maior Bem-Estar) e qualitativos (considera valores culturais expressos em ideologias considera os dados quantitativos como apoio) para a escolha de caminhos (PINEUALT E DAVELUY, 1987).

A definição de prioridades deve responder as prioridades de ação e as prioridades de investigação. Uma vez que a exploração de alternativas de intervenção não é parte da definição de prioridades, mas é um pré-requisito para a tomada de decisões, o estudo exploratório das alternativas de intervenção possíveis tem finalidade de facilitar a tomada de decisão referente aos problemas e necessidades para a programação e para a investigação (PINEUALT E DAVELUY, 1987).

Portanto, na afirmação de PINEUALT E DAVELUY (1987) qualquer método utilizado para definição de prioridades deve incluir critérios que meçam a magnitude do problema e a eficácia da solução. Para os autores, eficácia “de uma intervenção se refere, pois a capacidade desta para solucionar o problema, e pode ser considerada eficaz se for viável e válida. A intervenção é válida se produz resultados semelhantes ao que se espera obter com sua aplicação” (PINEUALT E DAVELUY, 1987, p. 227).

Enfim, TOBAR (2002) chama a atenção para a necessidade de entender a definição de prioridades como uma escolha de caminhos que levam à missão da organização. Nesse sentido discorda de PINEUALT E DAVELUY (1987) uma vez que a razão de ser da organização é muito mais que tomar decisão somente para alcançar objetivos. “O maior erro estratégico que pode ser cometido na gestão de

uma organização é o de antepor o Fazer ao Ser, a missão é o absoluto dentro da organização é o único que necessariamente deve permanecer” (TOBAR, 2002, p.18).

Entende-se, portanto que é muito importante que na próxima seção do trabalho haja um aprofundamento no entendimento de conteúdos teóricos que melhor explicam o que vem a ser problemas e necessidade de Saúde.

1.5 – PROBLEMAS E NECESSIDADES DE SAÚDE

Problemas são inerentes à vida humana. Todos os dias as pessoas enfrentam problemas, às vezes, em vários campos ao mesmo tempo. Nas organizações isso não é diferente, principalmente quando a organização possui uma configuração que exige para que seja coordenada uma padronização das habilidades, pois a sua parte principal é o núcleo operacional e o tipo de descentralização é horizontal. Trata-se de organizações complexas, onde todos os níveis de gestão tomam decisões e a maior autonomia está no núcleo operacional. Esses fatores somados podem gerar mais problemas e dificultar o seu gerenciamento. Uma secretaria municipal de saúde é um bom exemplo desse tipo de organização (MINTZBERG, 2006).

Nesse sentido, um gestor de sistema de serviços de saúde precisa conhecer e entender bem a configuração da secretaria, para entender como deve ser gerenciada e ainda conciliar e inter-facear três componentes de gestão: Político, Financeiro e Técnico, como já foi afirmado por TOBAR (2002). Sendo que cada deles possui seus próprios modelos. No componente Político, por exemplo, o modelo de gestão deve levar em consideração as suas três funções que são o Ser, o Fazer e o Estar, cada uma com suas especificidades, necessidades e problemas. É um processo complexo.

Como priorizar, então, os problemas que devem ser resolvidos e que são os principais para atender às necessidades da população usuária desse serviço, dos profissionais, dos conselheiros que fazem o controle social, dos prestadores de serviços, dos fornecedores, enfim, de todas as partes interessadas?

Pode-se afirmar que para decidir, de maneira eficaz, gestores/executivos concentram-se no que é mais importante. “Procuram localizar o que é invariável em uma situação, pensar no que é estratégico e genérico, em vez de “resolver problemas” (DRUCKER, 2004, P. 57).

MATUS (1996) afirma que entre as razões que fazem um gestor deficiente está a da direção errada, por ter feito uma má seleção de problemas e o do gerenciamento por problemas deficiente que gera a baixa capacidade de execução das decisões.

Nesse sentido, a análise e a priorização dos problemas são fundamentais para a definição dos objetivos estratégicos e estratégias organizacionais. E a análise compreende dois momentos: análise situacional; e formulação dos objetivos, diretrizes e metas.

Entende-se, portanto que é fundamental, nesse item, que se faça a definição de Problema. “Um problema é um resultado indesejável de um processo. O problema de cada um é a sua meta não alcançada. Portanto, resolver problemas é atingir metas. Os problemas de uma pessoa, dentro de uma organização, estão nos fins (nos seus produtos) e não nos meios (seu processo)” (CAMPOS, 1996, p.87).

“Problema: situação de saúde da população e os pontos de estrangulamento no sistema prestador de serviços de saúde. O problema convida à ação. Ele é uma realidade insatisfatória, superável, que permite um intercâmbio favorável com outra realidade (MATUS, 1993; 1996).

ARTMANN (2000) afirma que um problema suscita a ação. É uma realidade insatisfatória superável que permite um intercâmbio favorável com outra realidade. Dois pontos são importantes, o de que um problema nunca é “solucionado” definitivamente, mas uma intervenção eficaz na realidade pode produzir efeitos positivos sobre ele. Outro ponto é o de que há a necessidade de que ele seja definido como problema e priorizado por um ator disposto a enfrentá-lo.

No âmbito do planejamento em saúde no Brasil, entende-se como problema “uma situação que se afasta, negativamente, de um estado desejado”. A identificação dos problemas – na análise situacional para a elaboração do Plano de Saúde – deverá ser feita com base nos três eixos: condições de saúde da população,

determinantes e condicionantes de saúde e gestão em saúde (BRASIL/MS, 2006, p. 11).

Problema então: “é entendido como algo detectado que incomoda um dado ator social e o motiva a buscar soluções adequadas” (ARTMANN, 2000, p100).

Assim para que as soluções sejam adequadas, os problemas precisam ser identificados. DEVER (1988) afirma que o processo de planejamento consiste de uma série de etapas, que não são imutáveis, mas são seguidas de maneira mais ou menos sistemática. As duas primeiras etapas, a identificação de prioridades e problemas e a determinação de prioridades são preliminares ao planejamento dos programas.

Outra etapa, que também é preliminar ao planejamento de programas, é o levantamento de necessidades que acontece na prática, concomitantemente, ao levantamento dos problemas, uma vez que geralmente uma coisa leva a outra, pois se uma necessidade da população não está sendo atendida, em breve, aparecerá como um problema para aquela população.

Os conceitos de necessidades e de populações alvo são centrais para qualquer nível de planejamento de saúde. O que significa necessidades é assunto de muito debate na literatura. Para DONABEDIAN (1973) necessidade é “algum distúrbio na saúde e bem-estar”. Não existe consenso ainda, acerca do que seja distúrbio, mas se entende que tem a ver com percepção e sua avaliação depende de quem está percebendo. “Existem no mínimo duas perspectivas de necessidades conflitantes: a do cliente e a do prestador”. Portanto a definição de necessidades, está “condicionada a julgamento de valores e à abrangência ou concepção de saúde dentro da qual se encontra a descrição” (DEVER, 1988, p. 58).

As abordagens sobre necessidades variam ainda em complexidade, custo, tempo necessário para a execução e relativa efetividade. Três funções caracterizam as avaliações de necessidades: compilação (colher informações de fontes já existentes), desenvolvimento (produzir novas informações) e integração (sintetizar informações vindas do sistema interno e externo). Essas funções resultam em três tipos de abordagens, que são: de indicador, de levantamento, de consenso (DEVER, 1988).

DEVER (1988, p.62) propõe que na primeira etapa do planejamento se faça a descrição da população que circunda a organização, de seus problemas de

saúde e de como utiliza os serviços de saúde; que se analise também a possível etiologia ou fatores envolvidos nesses problemas de saúde e se identifique os recursos presentes na comunidade, pois essa “descrição fornece um quadro geral das necessidades de saúde, identificando algum tipo de falha, potencial do serviço ou oportunidade de mercado.

Pode-se refletir ainda que se a definição de necessidades está condicionada a julgamentos de valores e à concepção de Saúde, conforme afirmou DEVER (1988) é importante lembrar que no Brasil, Saúde tem uma concepção ampliada, significando, conforme a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), à resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e acesso aos serviços de saúde.

Portanto, saúde é o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos **níveis de vida**. Saúde é ainda um direito de todos e dever do Estado.

Porém, nem todos os brasileiros têm as suas necessidades de saúde satisfeitas. Existe, segundo STOTZ (2004), um desafio para o SUS que é atender as necessidades de saúde não satisfeitas, da imensa população trabalhadora do Brasil que não tem acesso ao SUS. A atenção à saúde da população ainda é operacionalizada através de um sistema segmentado e desarticulado: a população coberta pelo SUS, ainda que tenha aumentado muito desde 1996, representa o universo da população brasileira.

Para STOTZ (2004) falar em necessidades de saúde é mais do que entendê-la como simplesmente uma condição que requer um serviço, como o seria na concepção de DONABEDIAN (1973). Pois há, nessa definição, a suposição de que, nem sempre, as pessoas podem assegurar, por si mesmas, um estado saudável em razão das condições sociais e a da ideologia vigentes nas sociedades.

... as necessidades de saúde podem ou não ser sentidas e, estas, por sua vez, ser expressas, ou seja, transformar-se em demandas; demandas podem ou não manifestar necessidades; a oferta de serviços pode ou não atender às demandas e, por último, necessidades podem ser tecnicamente definidas sem que, por isso, sejam sentidas. Em resumo: estamos lidando com o que San-Martín (1989) denominou de dialética da satisfação das necessidades de saúde. Com isso, ele

quis demonstrar, tanto as múltiplas perspectivas a partir das quais o problema precisa ser situado como a própria complexidade da definição das necessidades de saúde (STOTZ, 2004, p. 289).

Portanto, para esse autor “Necessidades são individualmente sentidas; são biológica e socialmente determinadas; sua atenção, satisfeita apenas socialmente, é o sinal de seu reconhecimento” é o sistema de atenção que deve superar o critério auto-referido do sofrimento, usando critérios de relevância social (transcendência), epidemiológica (magnitude) ou econômica (custos), mas com isso acaba-se por gerar uma contradição, pois privilegia alguns grupos sociais em detrimento de outros.

Por isso mesmo, a organização de um sistema de saúde deve se basear nas necessidades e problemas de saúde, sob o pressuposto do bem-estar social para se superar o histórico problema da limitada cobertura dos serviços de saúde.

1.6 – O PROCESSO PARA DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

O processo de definição de prioridades segue as seguintes etapas: definição dos critérios de decisão; pré-seleção de problemas; estimação e comparação dos problemas; e análises da importância do problema e da capacidade do programa (PINEUALT E DAVELUY, 1987).

As formas de proceder para definir prioridades são muitas assim como a intuição e o raciocínio lógico, também são variáveis. Com uma, duas, ou um grupo de conhecedores sempre é possível obter uma lista de prioridades de problemas. Assim mesmo é possível obter prioridades sem que se formulem critérios explícitos e sem método preciso de classificação ordenada. Um exemplo seria quando se lança mão de um grupo de especialistas para que digam quais são, segundo eles, os problemas prioritários da saúde (PINEUALT & DAVELUY, 1987).

Os instrumentos que servem para definir prioridades, segundo BARRENECHEA (1976), PINEUALT E DAVELUY (1987), DEVER (1988), vão desde uma simples planilha de análise até métodos mais elaborados, que permitem a classificação dos problemas, utilizando um grande número de critérios.

A essência da definição de uma política é a identificação e seleção dos problemas que devem ser solucionados, para que a organização alcance seu propósito

global. Portanto, a sequência de decisões necessárias para alcançar os objetivos desejados se inicia por essa etapa (BARRENECHEA, 1976).

Para a definição de prioridades devem ser considerados elementos complexos que não são encontrados em uma fórmula por meio da qual se obtém os resultados esperados. Entretanto, alguns métodos se aproximam dessa fórmula, um deles, segundo PINEUALT & DAVELUY (1987), é o método Hanlon (1974), por exemplo, que depende naturalmente de quem toma a decisão é responsável pela identificação dos aspectos que serão objetos de futuros programas e projetos de investigação.

Nesse sentido, entende-se a importância de apresentar de maneira sucinta o método Hanlon e outros que foram encontrados na literatura. **O método Hanlon**, está baseado em quatro componentes para definir prioridades. Esses componentes correspondem aos principais critérios que permitem definir prioridades, são eles: (A) magnitude e (B) severidade do problema, (C) eficácia da solução e (D) factibilidade do programa ou da intervenção. A classificação ordenada dos problemas se obtém pela fórmula $(A + B) C \times D$, que deve ser aplicada a cada problema que está sendo considerado (PINEUALT e DAVELUY, 1987).

Método de Planilha de Análise que consiste em identificar o Problema, sua importância, a relação entre risco e problema, a capacidade técnica de intervenção, factibilidade, sempre relacionadas com maior (+) ou menor (-) importância e por fim apresenta as recomendações por ordem numérica crescente.

Método Dare, é um método de estabelecimento de prioridades que acentua o peso relativo dos critérios selecionados para avaliar as alternativas. Seu eixo se baseia no fato de que os fatores raramente têm igual importância isso permite julgar alternativas e classificar os critérios por ordem de importância. O método requer 4 elementos: critérios de evolução de alternativas; o valor dado por cada membro do grupo aos critérios; o valor relativo a cada alternativa, em relação aos critérios e o valor total de cada alternativa.

Método Escala de Medida Legal, utiliza-se de escala crescente de 0 a 1.0, onde pontua-se desde os problemas que devem ser ignorados(0) até os sumariamente importantes(1.0).

No planejamento sanitário, diferentemente das empresas privadas, a definição de prioridades não fica a cargo somente do diretor, mas de várias pessoas que tem responsabilidade sobre o processo e que efetuam um juízo de valores sobre uma lista de problemas já identificados (PINEUALT e DAVELUY, 1987)

No caso deste trabalho, iremos identificar qual o método utilizado pela Secretaria de Saúde de Cuiabá e, se esse método utiliza pelo menos os três critérios mais citados na literatura consultada que são: magnitude do problema, transcendência e vulnerabilidade.

Magnitude- está relacionada ao conceito de morbidade, correspondendo ao número de pessoas acometidas pela doença ou agravo pela população total da área. HANLON (1974) afirma que a magnitude se avalia a partir de uma escala de pontuação de 0 a 10.

Transcendência: Corresponde ao dano causado pelo problema, prendendo-se aos conceitos de mortalidade (óbitos/população) e letalidade (óbitos/indivíduos acometidos). BORDIN (1999) se vale das análises de TINOCO (1984) para afirmar que esse critério envolve uma decisão política, que é a de decidir o que é mais importante: a vida de uma criança, de um adulto, ou de um velho. Em face desse critério se estabelecem coeficientes de ponderação, em que o grupo eleito como preferencial recebe maior peso. O que configura uma transcendência social é a ponderação dos fatores por grupos etários, por potenciais anos perdidos de vida e/ou por custo econômico demandado à sociedade (BORDIN, 1999).

Vulnerabilidade: possibilidade de redução de um determinado problema de saúde na população. Ela depende do estado atual de tecnologia médico-terapêutica podendo ser considerada quanto à mortalidade e à morbidade, quando alguns agravos podem ser totalmente evitados, outros parcialmente e alguns sem controle ou prevenção. Pode ser expressa em termos percentuais, numa escala de zero (sem capacidade de prevenção) a 100% (como as doenças preveníveis por vacinação) (BORDIN, 1999).

Esses critérios apresentam-se como os mais pertinentes para se estudar a definição de prioridades no nível local e podem contribuir para a compreensão de como se estruturam os sistemas de serviços de saúde nessa esfera administrativa.

Em seguida, apresentam-se as principais características da gestão pública e do planejamento em saúde que são questões cruciais para o desenvolvimento desta pesquisa.

2. CARACTERIZAÇÃO DA GESTÃO PÚBLICA E DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE

2.1 – GESTÃO PÚBLICA

Caracterizar a gestão pública não é uma tarefa simples, envolve uma amplitude de conceitos sempre vistos à luz da história da formação do Estado brasileiro. Pretende-se, neste item, refletir sobre o entendimento da gestão em saúde e seus desafios frente à reforma do setor saúde.

Mundialmente a administração pública passa por um período “revolucionário”, conceitos como qualidade total, administração por objetivos, descentralização, *empowerment*, pagamento por desempenho, gestão por resultados estão surgindo e se misturam aos antigos, visando modificar os parâmetros da organização burocrática. (ABRUCIO, 1996)

Os parâmetros estão sendo modificados, ABRUCIO (1996) acredita que esteja surgindo um novo paradigma administrativo global, que esses olhares estão ofuscados pela obsessão por mudança, e ainda pela crença que foram encontradas todas as respostas para o problema e por não se discutir a fundo o que deve ser a administração pública.

As medidas que estão sendo tomadas para se constituir um modelo pós-burocrático não é completamente coerente a todas as nações. “Diferente do período (30 anos atrás) em que havia um amplo consenso social acerca do papel do Estado, que propiciou a quase todas as partes do mundo altíssimas taxas de crescimento econômico e social” (ABRUBIO, 1996, p.175).

O papel do Estado, na época, era o de grande provedor em três dimensões. Na área econômica caracterizava-se pelo que fora decidido no Legislativo — por isso, o orçamento aprovado torna-se autorizativo, e não impositivo. Isso é feito por meio do uso constante (e abusivo) do contingenciamento das verbas. A eficiência, além de reduzir gastos governamentais, pode otimizar os recursos à disposição tanto do Estado quanto dos cidadãos.(ABRUCIO, 2007, p.84)

Esse papel precisava ser redefinido em função da recessão mundial

econômica, da crise fiscal que enfraquecia os alicerces do modelo de Estado, da globalização e de todas as inovações tecnológicas que transformaram o setor produtivo e enfraqueceram os governos nos controles dos fluxos financeiros e comerciais e na definição de políticas macroeconômicas devido ao aumento do poder das grandes multinacionais.

O Estado passa a ser visto também como o grande vilão por impor aos empresários, cargas tributárias tão altas e que representam impedimentos para a competitividade das nações presente numa economia globalizada. Somado a tudo isso havia um cenário teórico favorável devido ao crescimento de teorias extremamente críticas às burocracias estatais e as ideias neoliberais, entre elas e de que a iniciativa privada possuía um modelo de gestão ideal (ABRUCIO,1996; PEREIRA, 1998;)

Esse Cenário exigia a construção de novas bases para o Estado. E foi nos anos 80 que a burocracia weberiana sofreu seu maior ataque com a importação da iniciativa privada do modelo gerencial (managerialism) que foi o propulsor inicial das grandes mudanças por que passa o setor público. A Grã-Bretanha foi o grande laboratório das novas técnicas gerenciais, seguida pelos EUA que não possui um modelo puro gerencial em função das características do seu federalismo.

PERREIRA (1998, p. 28), registra que algumas características básicas definem a administração pública gerencial. “É orientada para o cidadão e para a obtenção de resultados; pressupõe que os políticos e os funcionários públicos são merecedores de grau limitado de confiança; como estratégia serve-se da descentralização e do incentivo à criatividade e à inovação; e utiliza o contrato de gestão como instrumento de controle dos gestores e orienta-se para resultados”

A administração pública gerencial representa a tentativa de se romper com as características da administração pública burocrática que se concentra no processo, sem considerar a alta ineficiência envolvida; na definição de procedimentos para contratação de pessoal, para compra de bens e serviços; e para satisfação das demandas dos cidadãos e que entende que punir o nepotismo e a corrupção, herdados da administração patrimonialista, não é tão seguro preferindo os controles como prevenção.

Na América Latina, entre as décadas de 80 e 90, inicia-se a discussão acerca das mudanças na economia, a necessidade da reforma do aparelho estatal e um terceiro processo estava ocorrendo também, o da democratização social. Foi no Chile que a revolução silenciosa econômica se inicia seguida do México com programas abrangentes de liberalização e privatização (GLADE, 1998).

Neste momento, quase todos os países latino-americanos estão engajados em processos de reforma do Estado. Sob o nome de “modernização do Estado” e “Modernização do Setor Público”, e vem sendo financiados pelo Banco Mundial para realizar essa tarefa (SPINK, 1998).

A reforma do Estado no Brasil começou com o fim do período militar. Naquele momento, combinavam-se dois fenômenos: a crise do regime autoritário e, a derrocada do modelo nacional-desenvolvimentista. “Era preciso atacar os erros históricos da administração pública brasileira, muitos deles aguçados pelos militares, e encontrar soluções que dessem conta do novo momento histórico, que exigia um *aggiornamento* da gestão pública” (ABRUCIO, 2007, p.68).

Alterações importantes no desenho estatal brasileiro foram realizadas no final da década de 1980. O principal exemplo disso foram às reformas nas finanças públicas, feitas pelo governo Sarney, mas para combater o legado do regime militar, as mudanças mais profundas vieram com a Constituição de 1988 (fortalecimento do controle externo pelo Ministério Público, descentralização, princípio da seleção meritocrática e universal) mas não foram suficientes para resolver muitos dos problemas (ABRUCIO, 2007, p.70).

Ainda segundo ABRUCIO (2007), Bresser foi pioneiro em perceber que a administração pública mundial passava por grandes mudanças, também necessárias no Brasil, mas nem sempre ele soube traduzir politicamente tais transformações para as peculiaridades brasileiras. Este diagnóstico foi exposto de forma clara e profunda no livro *Reforma do Estado para a cidadania* (1998).

Houve uma grande reorganização administrativa do governo federal, com destaque para a melhoria substancial das informações da administração pública — antes desorganizadas ou inexistentes — e o fortalecimento das carreiras de Estado. Um número importante de concursos foi realizado e a capacitação feita pela Enap, revitalizada. Porém ABRUCIO (2007, p. 71) destaca que “a maior mudança realizada

foi, paradoxalmente, a continuação e o aperfeiçoamento da *civil service reform*, por mais que o discurso do Plano Diretor da Reforma do Estado se baseasse numa visão (erroneamente) *etapista* — com a reforma gerencial vindo depois da burocrática”.

O ministro Bresser também foi responsável por um movimento menos palpável em termos legislativos, mas que possibilitou um rico debate no plano federal e nos estados sobre novas formas de gestão. Esse movimento foi subsidiado fortemente pelos discursos orientados para a melhoria do desempenho do setor público. Neste sentido, a existência do plano diretor como diretriz geral de mudanças teve um papel estratégico. Esse projeto foi essencial para dar um sentido de agenda às ações, ultrapassando a manifestação normalmente fragmentadora (ABRUCIO, 2007).

ABRUCIO (2007) após analisar o processo de reforma da gestão pública brasileira, através de um balanço dos últimos 20 anos, afirma que o governo Lula está colhendo bons resultados em certas áreas de políticas públicas. Esses resultados derivam parcialmente de uma boa estratégia de gestão. Contudo, são experiências excepcionais e fragmentadas, o que contribuiu entre outras coisas com o fracasso do projeto de reforma Bresser. Mais uma vez, volta-se à questão-chave dos últimos 20 anos: a falta de uma visão integrada e de longo prazo para a gestão pública brasileira.

O Brasil necessita construir uma nova agenda de reformas para que haja uma política de gestão pública coerente e integradora, contemplando quatro eixos estratégicos: profissionalização, eficiência, efetividade e transparência/*accountability* (ABRUCIO, 2007).

Assim, de acordo com os objetivos desta pesquisa, prioriza-se as análises das dimensões de eficiência e efetividade.

No que refere-se à dimensão da eficiência uma questão-chave é a mudança na lógica do orçamento, hoje marcada pelo descompasso entre o planejamento mais geral de metas e a forma como a peça é elaborada e executada anualmente.

No campo da elaboração, deve-se atacar tanto o caráter “engessado” da maior parte das despesas, quanto as ações extremamente fragmentadas originadas das emendas parlamentares. processo orçamentário brasileiro também é caracterizado pela enorme liberdade que o Executivo tem para executar os

gastos, com grande autonomia em relação ao que fora decidido no Legislativo — por isso, o orçamento aprovado torna-se autorizativo, e não impositivo. Isso é feito por meio do uso constante (e abusivo) do contingenciamento das verbas. A eficiência, além de reduzir gastos governamentais, pode otimizar os recursos à disposição tanto do Estado quanto dos cidadãos.(ABRUCIO, 2007, p.84)

A dimensão de efetividade é importante para uma visão de gestão de longo prazo, uma vez que as políticas públicas cada vez mais têm seu desempenho avaliado pelos resultados efetivos que trazem aos cidadãos.

A gestão por resultados é hoje a principal arma em prol da efetividade das políticas públicas. Para tanto, é preciso orientar a administração pública por metas e indicadores. Embora estes já tenham sido introduzidos em algumas experiências brasileira, o seu uso ainda é bem restrito, pouco conhecido do público e, pior, de pequena assimilação junto à classe política. A lógica segmentada das políticas públicas deve igualmente sofrer uma transformação. Ações intersetoriais e programas transversais devem ser priorizados. Para tanto, será necessário atacar a aliança entre políticos e burocratas em torno do atual modelo administrativo fragmentador. Para ambos, o fracionamento dos ministérios e secretarias aumenta o poderio político de cada área, criando nichos monopolistas de poder. O governo se torna, assim, um conjunto de “caixinhas” com pouca comunicação entre si. Mesmo a adoção do PPA não mudou isto. Quando há medidas mais efetivas contra esta fragmentação organizacional, elas partem de uma estrutura coordenadora normalmente escolhida pelo governante máximo — presidente, governador ou prefeito. Só que este órgão coordenador não consegue atingir a totalidade da administração pública — na verdade, afeta somente uma pequena parte. Ainda no campo da coordenação, a efetividade das políticas públicas depende muito hoje do entrosamento entre os níveis de governo, uma vez que os entes locais executam as ações, mas precisam de colaboração horizontal e vertical para ter sucesso (ABRUCIO, 2007, p.83).

Um governo mais efetivo precisa fortalecer a regulação dos serviços públicos. Como muitas tarefas, antes realizadas pelo Estado, foram repassadas ao setor privado ou mesmo ao terceiro setor, mas continuam sob supervisão estatal, é preciso ter marcos e aparatos regulatórios que funcionem a contento. Regular bem, é

bom ressaltar, significa não só garantir o caráter público dos serviços, mas também, a sua qualidade. Acima de tudo, é preciso constituir coalizões. Atores estratégicos precisam ser convencidos da centralidade dessa questão (ABRUCIO, 2007).

Enfim, um Estado gerencial não se faz somente com medidas econômicas e sim com políticas públicas fortes que conversem entre si e possibilitem a sua intersetorialidade.

2.2 – GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: UMA VISÃO GERAL

A história do Brasil república se confunde com a trajetória da implementação das Políticas Públicas Brasileiras. Todos os direitos sociais hoje garantidos em leis foram frutos de muita luta dos movimentos sociais constituídos em diferentes períodos da instalação da nossa República. Concorro com LUZ (1991) quando afirma que “as políticas e instituições de saúde desempenharam um papel histórico inegável para a constituição e estabilização da ordem sócio-política brasileira”.

Esse papel continuado das políticas e instituições de saúde pode ser percebido e analisado ao longo dos períodos que marcaram as principais conjunturas de nossa história, desde a Proclamação da República, em novembro de 1889, até a restauração dos direitos políticos e civis cassados no pós-64, a partir de 1982, passando pela conjuntura de transição democrática da Nova República, encerrada em março de 1990, um século após a Proclamação (Luz, 1991).

LUZ (1991), nesse trabalho, faz uma breve comparação referenciada nas políticas de saúde, entre a conjuntura de 80 e as que a precederam, ainda que tal comparação fuja dos objetivos deste trabalho, acredita-se que é importante evidenciar alguns pontos - chaves relativos a como se estruturava administrativamente essa política, ou seja, como ela era gerenciada, para com isso entender como se articula a gestão na atual Política de Saúde Brasileira.

Do ponto de vista da trajetória da política de saúde, o período da Primeira República (1889-1930) a estrutura administrativa de saúde era centralista, tecnoburocrática e corporativista, traços esses que configuravam um perfil autoritário, e que ainda hoje caracteriza, em grande parte, o conjunto das instituições de saúde pública e dos sistemas de decisões em política de saúde no Brasil.

O Período Populista (1930-1950) implantou programas e serviços de auxílios e de atenção médica impregnados de práticas clientelistas, típicas do regime populista que caracterizou o Governo de Getúlio Vargas. Essa característica ajudou então a configurar uma gestão marcada pelo “centralismo, verticalismo e autoritarismo corporativo, do lado da saúde pública; clientelismo, populismo e paternalismo” (LUZ, 1991, p.140).

Já no período do desenvolvimento (1950-1960) as políticas de saúde da época apresentavam uma dicotomia institucional proveniente da crise do regime populista e nacionalista dos anos 60, que passou a exigir um projeto nacional de desenvolvimento econômico ‘moderno’, integrado à ordem capitalista industrial. Nos órgãos de saúde pública do Ministério da Educação e Saúde predominava o modelo campanhista, que fazia oposição ao modelo curativista dominante nos serviços previdenciários de atenção médica, também burocratizados e ineficazes em face dos crescentes problemas de saúde das populações urbana e rural.

Segundo (LUZ, 1991) esse foi o período de maior impasse estrutural, envolvendo o conjunto das políticas sociais e a própria ordem institucional e política. Uma saída histórica para esse impasse foi proposta pelo grande movimento social do início dos anos 60 no país, liderado e conduzido pelas elites progressistas que reivindicavam ‘reformas de base’ imediatas e que foi abafado pelo golpe militar de 1964.

O Período do Estado Militar (1964-1984) é marcado por uma grande reorientação institucional na administração estatal, inclusive no setor de saúde. Estruturou-se no Brasil uma política de saúde diferente dos dois modelos anteriores. “A centralização e a concentração do poder institucional deram a tônica dessa síntese, que aliou campanhismo e curativismo numa estratégia de medicalização social sem precedentes na história do país” (LUZ, 1991, p.141). A saúde passou então a ser vista como um bem de consumo médico, predominando um sistema de

atenção médica ‘de massa’ (no sentido de ‘massificado’) sobre uma proposta de medicina social e preventiva, que chegou a ser o discurso dominante na conjuntura anterior ao golpe de Estado.

O Período da Nova República é também o período de luta pela Reforma Sanitária Brasileira, que culminou na promulgação do Sistema Único de Saúde - SUS. Mesmo assim, a reorganização do país em direção a um Estado de direito desenvolveu-se lentamente e de maneira conflituosa, com muitos exemplos de violência. Apesar disso, devem ser lembradas nesse período a novidade e a originalidade de certas práticas institucionais e a oportunidade do surgimento de outras, nos domínios da participação popular em serviços de saúde e da descentralização institucional. Entre elas citamos: a descentralização dos serviços de saúde, o comando único em cada esfera de governo, o financiamento tripartite, a hierarquização dos atos e serviços de cuidados médicos, a participação popular nos serviços de saúde (LUZ, 1991).

Os anos 90 também foram de muitos desafios para o SUS, pois estava presente a necessidade de concretizar a agenda progressista construída pelo movimento sanitário dos anos 80 e de romper com o modelo distorcido sobre o qual o sistema de saúde brasileiro foi estruturado ao longo dessas décadas citadas. A conjuntura político-econômica internacional e nacional estava bastante desfavorável à consolidação de políticas sociais abrangentes e redistributivas em função da crise econômica e da reestruturação do Estado já mencionadas.

Com relação aos aspectos estruturais, LEVCOVITZ (2003), chama a atenção para a imperfeição dos sistemas de proteção latino americanos, trazendo como variáveis que dificultaram a implantação do sistema de saúde brasileiro:

“a marcante desigualdade social no país, as características do federalismo brasileiro e a persistência de traços do modelo médico- assistencial privatista sobre o qual o sistema de saúde foi construído, e a repercussão no Brasil da onda conservadora de reformas no plano político, econômico e social em vários países fortalecimento das idéias neoliberais sobre a crise dos Estados nacionais” (LEVCOVITZ ET ali, 2003, p. 2).

De fato, a décadas de 80 e 90 testemunham a passagem de um sistema centralizado em todos os pontos de vista (político, administrativo, financeiro) para um cenário em que milhares de gestores passam a se constituir atores fundamentais no campo da saúde. Vale ressaltar que a descentralização é a única diretriz organizativa do SUS que não colide com as idéias neoliberais fortalecidas nos anos 90, por isso mesmo foi aceita e estimulada a sua realização.

Com relação à gestão da política de saúde nos anos 90, no âmbito da organização do sistema, LEUCOVITZ ET ali (2003) aponta aspectos chaves a ser estruturados, avanços e dificuldades fortalecimento da capacidade de gestão do sistema, expansão e desconcentração da oferta de serviços, adequação da oferta às necessidades da população, organização e integração da rede de serviços em uma lógica hierarquizada e regionalizada de serviços. Os avanços nesse sentido são: aumento da capacidade gestora e experiências inovadoras de gestão e organização da rede em diversos estados e municípios, expansão efetiva da oferta serviços para áreas até então desassistidas. E as dificuldades são: heterogeneidade da capacidade entre diversos estados e municípios, persistência de distorções relacionadas ao modelo anterior, superposição e excesso de oferta de algumas ações e insuficiência de outras, pouca integração entre os serviços (LEVCOVITZ , ET ali 2003).

De acordo com o exposto, concorda-se que na visão dos autores citados anteriormente, as dificuldades para a implantação do SUS são enormes, uma vez que esse é um dos grandes sistemas públicos de saúde do mundo. Tal sistema tem por objetivos a assistência integral e gratuita para a totalidade da população em conformidade com a política de saúde do país.

O entendimento desse trabalho acerca de Política é o de que é uma proposta de distribuição de poder e estratégia como a forma de colocar em prática uma política, entendendo que não se trata de uma distinção entre fins e meios, mas sim, de um mesmo processo no qual fim e meio integram-se num todo do quais as definições dadas destacam apenas aspectos operativos do que pode denominar-se “o manejo da coisa pública” (TESTA, 1997).

O modelo institucional de Saúde Pública adotado no País pela C.F/88 está regulamentado pelas Leis nº 8.080 e nº 8.142/90, que dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. A Lei n. 8.142, de

dezembro de 1990, regula a participação da comunidade no SUS. A partir daí, o SUS vem sendo, socialmente, construído inicialmente por meio de Normas Operacionais feitas em consenso pelas três esferas de governo e materializadas em Portarias Ministeriais e atualmente pelo Pacto pela Saúde (BRASIL, 1990, 2006).

Assim, pensa-se que é consenso para muitos que o SUS criado pela Constituição Federal de 1988, teve origens em movimentos políticos e sanitários surgidos na década de 1970 e vem se recriando, permanentemente, por meio de reformas incrementais, acordadas pelos três entes federativos, representados pelo Ministério da Saúde, pelo CONASS e pelo CONASEMS (BRASIL/CONAS, 2006).

O SUS é uma política pública jovem, mas com capacidade de renovar-se, continuamente, e deve ser reafirmado, constantemente, como política de Estado, mais que de governos. Assim, respeitadas as nuances que os diferentes partidos políticos devem colocar nas suas propostas para o setor Saúde, deve ser assumido como compromisso permanente de longo prazo, pelo conjunto da sociedade brasileira, e preservado pelos distintos grupos políticos no poder (IDEM).

Atualmente, os gestores do SUS, na perspectiva de superar os diversos desafios do sistema de saúde brasileiro, assumiram o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde, que será anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população brasileira e que implicará no exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

O Pacto pela Saúde introduz um sentido de gestão pública por resultados e de responsabilização sanitária, estende a discussão da saúde para fora dos limites setoriais e aprofunda a descentralização do SUS para estados e municípios, de forma compartilhada (BRASIL/CONASS, 2006).

Parece que o Pacto pela Saúde, através do Pacto de Gestão, deseja criar um ambiente mais propício ao desenvolvimento de um federalismo mais cooperativo no SUS. O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes, visando ao fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. Com o Pacto, deve ser promovido um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos

processos normativos, estruturação das regiões sanitárias e fortalecimento das Comissões Intergestoras Bipartite (BRASIL, GM/MS, 2006). O Pacto de Gestão deve representar um novo pacto federativo sanitário e deverá estruturar-se sob o mote da unidade doutrinária e da diversidade operacional, buscando na pactuação, a ser estabelecida em cada Comissão Intergestora Bipartite (CIB), as melhores soluções para questões como a regulação e a gestão dos serviços de Saúde (BRASIL, GM/MS, 2006).

Com relação à gestão do SUS, uma das mudanças propostas no pacto é a constituição de um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa por meio de Colegiados de Gestão Regional. Enfatiza-se que em MT já existem as Comissões Intergestoras Bipartites Regionais (CIB), funcionando desde 1998. Desde a constituição deste colegiado está assegurada a presença de todos os gestores de saúde dos municípios que compõem a região e da representação estadual. Nesse fórum são discutidos os principais problemas e acordadas as soluções nessa esfera participativa. Com isso, pensamos que o Estado de Mato Grosso está à frente daqueles que ainda não possuem essa instância; mesmo assim deve ficar a preocupação com a melhoria do sistema que apresenta ainda muitos desafios a serem enfrentados.

2.3 – GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE – SUS

Nesta subseção pretende-se discutir a gestão de sistemas e serviços de saúde, relacionando-a com aspectos referentes a descentralização e Direito à Saúde.

A gestão de sistema e serviços de saúde é uma tarefa necessária num país como o Brasil. Porque trata-se de um país com dimensões continentais o que torna muito complexa qualquer gestão, pois existem vários brasis dentro do Brasil com grande diversidade econômica, cultural, demográfica e social.

Somado a isso está incluso ainda o aspecto ligado ao Federalismo Brasileiro que é estruturado em três níveis, e diferentemente de outros países, inclui seus municípios como entes federados, com autonomia política, administrativa,

financeira e com competências constitucionais estabelecidas, o que complexifica o entendimento, a gestão de sistemas e serviços de saúde (MENDES, 1998).

Outro aspecto importante que influencia a gestão do sistema diz respeito a sua descentralização e à forma como ela vem acontecendo nos municípios brasileiros.

O processo de descentralização em saúde no Brasil envolve não apenas a transferência de serviços, mas também de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e a municipal (LECOVITZ ET ali, 2003).

MENDES (1998, p.18) quando afirma que não podemos entender a descentralização como um conceito único, acrítico. Para o autor descentralização deve ser entendida ‘como um processo social, “que apresenta vantagens e desvantagens, fortalezas e debilidades”.

Também chama a atenção para o fato de entendermos que no Brasil, o Sistema Único de Saúde coexiste com mais dois sistemas privados estruturados por lógicas diferentes, são eles o Sistema de Atenção Médica Supletiva e o Sistema de Medicina Liberal, isso também interfere na forma como acontece a descentralização nos sistemas referidos (MENDES, 1998)

Há uma tendência na literatura sobre Sistemas e Serviços de Saúde, em afirmar que, os mesmos, enfrentam-se uma crise, em escala universal, que se manifesta nas dimensões da ineficiência, ineficácia, iniquidade e na insatisfação dos usuários. Para enfrentá-la mudanças devem ser feitas no sentido de otimizar essas dimensões. Portanto, mudanças devem ser realizadas em diferentes instâncias do setor saúde. (MENDES, 1998-2001, ALMEIDA, 1996).

“A reforma do setor saúde tem sido definida como processo orientado a introduzir mudanças substantivas em diferentes instâncias do setor saúde, em suas relações com o propósito de aumentar a equidade de suas prestações, a eficiência de sua gestão e a eficácia de seus serviços, para satisfazer as necessidades de saúde da população” (MENDES,1998. p,19)

Reformas nos sistemas de serviços de saúde vem acontecendo em vários países, implementando transformações nos serviços médico-assistenciais. Essas transformações buscam a ampliação universalizante do acesso à assistência médica

visando o melhor atendimento a saúde e a contenção do gasto público e privado setorial ante o aumento crucial dos gastos públicos. São dois objetivos contraditórios se considerar-se as expectativas das pessoas em relação aos cuidados com saúde e as grandes reformas políticas, econômicas e sociais que vem ocorrendo na atualidade, sobretudo em países como o Brasil.

Como afirmam LABRA E BUSS (1995), esse é o grande desafio que se coloca para as reformas sociais em geral e a saúde em especial, ou seja, como levar adiante essas reformas diante das restrições impostas pela crise do capital que assola o mundo.

Historicamente pode-se afirmar que a organização e implementação de sistemas de saúde de caráter nacional generalizou-se após a Segunda Guerra Mundial. Quando os Estados nacionais foram se envolvendo progressivamente com seus povos, formando-se no mundo ocidental diversas vertentes de Estado de Bem-Estar (LABRA E BUSS, 1995).

Apesar das críticas sofridas, essa postura dos Estados benfeitores trouxeram um avanço inexorável em direção a graus crescentes de igualdade. Hoje as lutas são travadas em torno da expansão dos direito sociais. Segundo LABRA E BUSS (1995) as batalhas prolongadas travadas na Europa conduziram a paz social e à construção e expansão da democracia formal e substantiva. Já as lutas latino-americanas redundaram na hegemonia das elites pautadas apenas pelo egoísmo do interesse próprio e na acumulação depredadora. Configurou-se então em um Estado que por meio de compromissos alicerçados na cooptação autoritária da classe trabalhadora tem sido, em diversos graus, mentor e reproduzidor da exclusão, da ignorância e da violência (LABRA E BUSS, 1995).

Esse fato fez com que ficasse impossível criar categorias classificatórias para entender esquemas e problemas de financiamento dos serviços de saúde em todo mundo pois em toda a parte a racionalidade financeira envolve questões políticas e capacidade de arrecadação dos Estados nacionais. Nesse sentido LABRA E BUSS (1995) afirmam que há pequeno êxito na construção de uma teoria mais geral das políticas, dos sistemas e das reformas na saúde.

No Brasil o sistema de saúde difere em alguns pontos dos demais países, mas enfrenta também problemas para efetivar o direito a saúde de sua população e

para bem gerenciar e financiar a sua política de saúde. O Sistema de Serviços de Saúde brasileiro tem como missão, garantir o Direito a Saúde da população e para isso se estruturam por nível de complexidade para prestar atenção à saúde. Frente a isso, precisa estar estruturado de maneira que faça a melhor articulação com toda a rede de saúde e a intersectorialidade com as demais políticas sociais. Logo a frente, na subseção referente a Secretária Municipal de Saúde de Cuiabá, será mostrada a rede de atenção existente contribuindo para uma melhor visualização da estruturação do sistema.

Na próxima seção discuti-se acerca da importância do sistema de serviços de saúde ser gerenciado a partir de uma gestão e planejamento estratégicos

2.4 – GESTÃO ESTRATÉGICA E PLANEJAMENTO NO SUS

Na saúde, o planejamento tem destaque reconhecido, uma vez que a complexidade de suas tarefas e o volume de pessoas e recursos envolvidos não permitem ao setor correr o risco do imprevisto. Nesse sentido, a gestão da saúde é por essência uma gestão estratégica.

Estratégia é uma forma de realizar ações e recursos para atingir os objetivos da organização em determinado tempo e espaço e em meio de determinadas condições importantes (TOBAR, 2002).

A legislação atual do SUS preconiza que os instrumentos de planejamento contribuem, entre outras coisas, para a tomada de decisão a partir de um diagnóstico analítico que permita a definição de prioridades e o fortalecimento da capacidade de planejamento e de organização dos sistemas estaduais, regionais e municipais.

O planejamento, portanto, é o instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas e serviços de saúde no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde.

Segundo PAIM (2006, p.768), o planejamento pode ser considerado também como uma ferramenta de administração, nesse sentido tem potencial de reduzir a alienação. Ele ajuda ainda a mobilizar vontades, a identificar problemas e

meios de superá-los. O Planejamento “corresponde ainda a um modo de explicitação do que vai ser feito, quando, onde, como, e para quê. Esta e a sua interfase com a política de saúde”.

Segundo MATUS (1997, p. 317) “a capacidade de prever as encruzilhadas é uma das funções mais importantes de um bom sistema de planejamento, para tomar consciência das opções críticas”.

O planejamento do SUS no âmbito do Ministério da Saúde responde às exigências constitucionais e legais, entre as quais figuram as definidas pela Portaria GM/MS n. 3.085, de 1º de dezembro de 2006, que regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS- PlanejaSus. O referido Sistema é representado pela atuação contínua, articulada, integrada e solidária do planejamento das três esferas de gestão, e pressupõe que cada esfera de governo realize o seu planejamento, articulando-se a fim de fortalecer e consolidar os objetivos e as diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, as necessidades e as realidades de saúde locais (GM/MS, 2006).

Mas nem sempre foi assim, para que fosse criado o sistema de planejamento do SUS, um longo processo de construção foi trilhado. Iniciando no planejamento normativo até o planejamento estratégico culminando em 2006 com a criação do PlanejaSUS,

Nesse sentido necessário se faz voltar às origens. O primeiro método de planejamento na saúde foi o CENDES/OPAS, gestado entre 1962 e 1963 para responder demandas apresentadas na Reunião de Punta del Este(1961) referente à formulação de planos integrados de desenvolvimento econômico e social, como condição para a realização de investimentos externos que previam “contribuir” com países em desenvolvimento para que alcançassem sua maturidade econômica e social (FEKETE,1997).

Segundo esta autora (1997), assistia-se no mundo um instante de paz. Na América Latina os governos desenvolvimentistas haviam substituído em grande maioria os governos populistas. Era a esperança para muitos de um mundo racional e harmônico. Com o predomínio da razão científica, as estruturas socioeconômicas inadequadas ficam evidentes e se a “ciência é o melhor instrumento, porque não adotar esse paradigma? (FEKETE, 1997, p.202).

O método CENDES/OPAS postula como idéia central a eficiência no uso dos recursos, através da identificação do problema central e da definição de resultados, de maneira que estes sejam maximizados com recursos fixos ou minimizados com recursos predeterminados. O método desenvolve-se então com pressupostos característicos das ciências físicas e naturais. Com isso o sujeito é externo ao objeto estudando, fica evidente então que o planejador entende o todo social como um sistema-objeto controlável, com características estáveis e previsíveis.

Para o conhecimento das causas e efeitos é necessário realizar diagnóstico que descreva as variáveis e parâmetros que permitam determinar em que medida os valores das variáveis independentes comprometem os valores ótimos do ponto de vista da maximização de resultados, ou em que medida os resultados observados se distanciam dos ótimos possíveis, pois em ambos os casos existem problemas. O entendimento de “ótimo” está relacionado com conjunto de melhores soluções e melhor uso dos recursos disponíveis (FEKETE, 1997).

Com relação à possibilidade de haver alguma adequação/flexibilização do método, a autora citada afirma que as adequações à proposta do método estavam previstas, embora não registradas ao arsenal metodológico, e “corriam por conta do político, que, conhecendo as soluções propostas, poderia intervir, modificando metas ou prioridades segundo sua racionalidade não-científica” (FEKETE, 1997).

Nesse sentido, é possível que esse fato ocorra com os demais métodos utilizados, uma vez que assim como está registrado anteriormente no texto acerca da gestão pública e do papel do gestor, quem é responsável pela gestão é que possui a prerrogativa da decisão e da definição das prioridades, portanto, de acordo com as mudanças da realidade e de cenários as prioridades podem ser mudadas e os planos esquecidos apesar de registrarem ótimas soluções. Será que não é exatamente isso que os planejadores estão vivenciando ao longo da história de implementação do SUS?

KEINERT (1997) afirma que o planejamento está em processo de redefinição dadas as novas exigências colocadas pelas turbulências atuais. Vários autores vêm realizando revisões críticas acerca do processo de planejamento, e entre eles MINTZBERG (2004) realiza importante balanço sobre os conceitos relevantes de planejamento estratégico e discute características problemáticas do planejamento

que pode se auto-impedir de funcionar como o previsto. Ele precisa do suporte das pessoas para sobreviver, daí a necessidade de se construir compromisso em torno dos objetivos e metas acordados.

Com relação a correntes de planejamento e gestão no Brasil, algumas propostas de mudanças acerca da forma de planejar estão em curso. E o que elas têm em comum é o fato de buscarem se distanciar do modelo burocrático. No entanto, existem diferenças quanto à ênfase que é dada por cada uma aos vários aspectos do trabalho e da gerência em saúde (BINSFELD e HORTALE, 2004).

CAMPOS (2001) afirma que existe na área da Saúde Coletiva uma grande discussão acerca da construção do campo do planejamento na saúde. Esse campo na saúde pode ser considerado recente, as discussões no Brasil datam de 1980 e estão dentro do marco da reforma sanitária. A autora ainda considera o campo determinado e determinante dessa mudança e mostra no referido trabalho como o planejamento não ficou alheio aos desafios e dilemas impostos a esse campo, após a criação do Sistema Único de Saúde.

Ainda no entendimento de CAMPOS (2001), quando se contextualiza a história do planejamento se verifica que a teoria que estava por trás do nascimento do planejamento em saúde na América Latina era a do racionalismo científico, que entendia que o mundo seria melhor por efeito da razão. Na visão da autora saúde da população passou a ser considerada um fator de produção e seus recursos pensados a partir da lógica do custo-benefício. Nesse sentido o método normativo foi muito criticado por diversos autores à devido separação que fazia entre os espaços técnico e político, e sua ênfase exagerada na alocação de recursos; “essa era a linha de pensamento que melhor combinava com a expectativa do Estado administrador, que zelava pelo bem comum” (CAMPOS, 2001, p.199).

A partir de 1975, começa a se manifestar o caráter político do planejamento. O contexto era de ditadura militar, que deixou claro para os pensadores da época a necessidade de se criar estratégia política para resolver os problemas, O planejamento então começa a ser pensado além da questão técnica. É consenso entre vários que aí se inicia a constituição de um novo campo: o do planejamento estratégico. As grandes influências teóricas desse campo em formação foram dos autores latino-americanos: MATUS (1997) e TESTA (1989)

Neste novo contexto, o ato de planejar no enfoque estratégico parte de uma visão política do processo de planejamento que passa então a ser um instrumento de transformação social.

“Planejar consiste, basicamente, em decidir com antecedência o que será feito para mudar condições insatisfatórias no presente ou evitar que condições adequadas venham a deteriorar-se no futuro” (CHORNY, 1998).

MATUS (1987), que idealizou o Planejamento Estratégico Situacional (PES), é uma referência inquestionável ao se falar de planejamento na América Latina, e suas diretrizes também influenciaram sobremaneira o setor saúde. Após realizar um verdadeiro desmonte epistemológico do planejamento econômico, estabeleceu um novo paradigma em planejamento. Fundamenta teoricamente um método capaz de dar maior capacidade de governo a um ator em situação, o método PES. Sua formulação teórica se centra em três questões fundamentais: O conceito de Situação, a Teoria da Ação Social e a Teoria da Produção Social.

As considerações matusianas se opõem de maneira radical à idéia de diagnóstico formulada pelos planejadores normativos, que pressupõem a possibilidade de uma explicação única da realidade, uma verdade objetiva, feita por alguém que aprecia a realidade “de fora” dela. Ao contrário, o PES admite várias explicações, tendo em vista a existência de vários atores e suas diferentes formas de ver o mundo, compreendendo que todas elas são verdadeiras do ponto de vista situacional. Neste conceito reside boa parte da potencialidade do PES (BINSFELD & HORTALE, 2004).

Se planejamento é um processo, destacam-se quatro momentos em Matus, que são o explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. No momento explicativo, se identificam e se explicam os problemas presentes em uma dada situação e se observam as oportunidades para a ação (PAIM, 2006). Nesse sentido é nesse momento que se definem as prioridades e as ações de intervenção.

“Se o planejamento é orientado por problemas do estado de saúde, cabe identificá-los no momento explicativo recorrendo aos sistemas de informação disponíveis, base de dados, indicadores, inquéritos epidemiológicos,

levantamentos, estimativas rápidas, oficinas de trabalho com técnicos e comunidades” (Paim, 2006, p.773).

FEKETE (1997) assinala que enquanto para Matus o planejamento é um processo, para Testa planejamento é uma prática. O enfoque do Pensamento Estratégico pressupõe a existência de sistemas sociais históricos, complexos, não bem definidos e incertos (PAIM, 2006).

TESTA (1989) chega à formulação do pensamento estratégico depois de percorrer um longo caminho que tem início com os trabalhos (como formulador) que dão origem ao método CENDES/OPAS (1962). Desde então, vem buscando incessantemente a criação de instrumentos de reflexão-ação que possibilitem a transformação da sociedade e da saúde, que é seu interesse declarado. Para Testa, o centro da problemática estratégica é o poder. Não qualquer poder, mas sim o que é, ou pode ser, exercido na “ação consciente do povo que luta por sua liberdade”. A partir desta concepção básica que norteia sua ação e sua reflexão, “Testa constrói um modo de pensar que reconhece o Estado como a arena onde se estabelece e se dirime o conflito entre forças sociais e entre frações de classe que lutam pela hegemonia” (FEKETE, 1997, p. 208).

Segundo esta obra, à luz do pensamento de TESTA (1989), no processo de planejamento não se deve construir uma imagem-objetivo. Deve-se procurar iniciar um processo de conteúdo transformador no terreno da saúde (política setorial) e cujo universo só pode ser a estratégia global que, abarcando o conjunto do social, condiciona e determina o setorial.

Com relação ao pensamento estratégico de TESTA (1989), a autora ainda afirma que:

“Testa aborda o problema em seus aspectos estruturais, localizando nas questões relativas ao poder, o ponto de partida de sua construção epistemológica. Nesse sentido se conforma enquanto pensamento diretor de um ‘que fazer’ que reconhece na libertação de um povo, sua razão de ser. Enquanto pensamento estratégico, baseia-se em um modo de ver o mundo que subordina métodos e organização. Assim, o método interessa mais como espaço de intervenção estruturador da organização do que como mera instância metodológica. O método é problematizado politicamente (ontologicamente) e não apenas desde o saber epistêmico”(FEKETE,1990, p.167).

Encerrando nossas considerações acerca do conteúdo teórico pesquisado sobre o tema, no pensamento estratégico registramos ainda o pensamento de TESTA(1989) sobre o planejador “de que o planejador é um ser humano inserido em um contexto social que o determina e condiciona e que ao mudar provoca, ou deveria provocar, alterações no pensamento (ideologia) do sujeito determinado/condicionado”.

Atualmente a discussão sobre o planejamento no SUS retrata a preocupação com a sua institucionalização, e tem motivado discussões acerca da criação de um novo sistema de planejamento. Esse Sistema – como parte integrante do ciclo de gestão do SUS – buscará de forma tripartite a pactuação de bases funcionais do planejamento, de monitoramento e da avaliação, bem como promoverá a participação social e a integração intra e intersetorial, considerando os determinantes e os condicionantes de saúde. .

O PlanejaSUS deve estar próximo dos níveis de decisão do SUS, buscando permanentemente, de forma tripartite, a participação social e a integração intra e intersetorial da política de saúde.(BRASIL,MS) .

“Essa integração deve buscar o envolvimento de todos os profissionais, entendendo que “planeja quem faz”. Tal entendimento explicita o caráter transversal dessa função e, por conseguinte, o papel das áreas de planejamento nas três esferas que, em síntese, é de:

⇒ coordenar os processos de formulação, monitoramento e avaliação dos instrumentos básicos do PlanejaSUS (Portaria Nº 3.332/2007); e

⇒ prover as demais áreas de mecanismos – como métodos e processos – para que possam formular, monitorar e avaliar os seus respectivos instrumentos, segundo as suas especificidades e necessidades” (MS/CADERNOS DE PLANEJAMENTO,2006)

Contudo é necessário ainda apontar alguns aspectos teóricos/ práticos sobre planejamento em saúde no Brasil. Nesse sentido lembramos que a Lei Orgânica da Saúde estabelece em seu artigo 15 as atribuições comuns das três esferas de governo, de forma bastante genérica e abrangendo vários campos de atuação (BRASIL, 1990).

Essas atribuições são definidas como atribuições comuns da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, em seu âmbito administrativo: onde são competências do município, entre outras coisas: planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde; participar do planejamento, da programação e da organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde, em articulação com sua direção estadual (BRASIL, 1990).

Com isso, fica claro que a prática cotidiana de gestão do Sistema Único de Saúde, em qualquer nível de governo, seja federal, estadual ou municipal, coloca um enorme desafio aos gestores e que o planejamento é uma grande ferramenta para que o processo de gestão aconteça através da implementação de políticas, planos, programas e ações de saúde sob responsabilidade de cada esfera. Torna-se necessário então elaborar instrumentos que contribuam para o melhor aproveitamento das oportunidades e para a superação de desafios

“O aperfeiçoamento do processo de planejamento e gestão do sistema em todos os níveis demanda, portanto, o acesso a informações de natureza técnico-científica e político-institucional que contribuam para a incorporação de conhecimentos e tecnologias de formulação, a implementação e a avaliação de políticas, planos, programas, projetos, destinados a intervir sobre o estado de saúde da população e sobre o próprio sistema de serviços de saúde (TEIXEIRA, 2002).

O planejamento é objeto de grande parte do arcabouço legal do SUS, quer indicando processos e métodos de formulação, quer como requisitos para fins de repasse de recursos e de controle e auditoria. São instrumentos básicos de planejamento nas três esferas de gestão do SUS: Plano de Saúde e a respectiva Programação Anual em Saúde, Relatório de Gestão. Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimento (PDI).

Tem-se percebido ao longo do tempo a utilização desses instrumentos exclusivamente como meios de alocação de recursos e cumprimento de normas, não como ferramentas reais de articulação para melhorar o processo de gestão e produzir acesso, com equidade aos cidadãos. Acredita-se na utilidade destes instrumentos

também para gerar ações estratégicas e humanitárias em saúde, não apenas como métodos para adquirir recursos.

Acredita-se ser importante frisar que está acontecendo no Brasil uma grande discussão acerca da criação de um sistema de Planejamento para o SUS. Essa discussão teve início a partir da elaboração do Iº Plano Nacional de Saúde-PNS, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em 2004. Na ocasião ficou evidenciada a necessidade de se construir um sistema de planejamento do SUS e em meados de 2005, iniciou-se através de oficinas microrregionais com estados e municípios, discussão acerca da construção desse sistema. Em novembro de 2006, foi regulamentada a portaria, já citada, que regulamentou o Sistema de Planejamento do SUS-Planeja SUS.

O sistema de planejamento, segundo a Portaria nº.3.085, de 1º de dezembro de 2006, é representado pela atuação contínua, articulada, integrada e solidária do planejamento das três esferas de governo.

O artigo 4º da referida portaria estabelece que o Sistema terá expressão concreta, em especial, nos instrumentos básicos resultantes do processo de planejamento nas 3 esferas de governo. Instituí como instrumentos básicos do sistema o Plano de Saúde e a respectiva Programação Anual de Saúde; o Relatório de Gestão. Esses instrumentos devem ser compatíveis com os Planos Plurianuais (PPA), lei de diretrizes orçamentária (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) conforme dispositivos constitucionais.

O Plano de Saúde é o instrumento básico que, em cada esfera, norteia a definição da Programação Anual das ações e serviços de saúde prestados assim como da gestão do SUS. O Relatório anual de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários (BRASIL/CADERNOS PLANEJASUS, Nº 2, 2006).

Portanto, entende-se nesse momento, histórico para o Planejamento do SUS, que ele possa ser um elo que ligará as três esferas de governo, contribuindo para a institucionalização das áreas de planejamento dos municípios brasileiros e para a necessidade de capacitação contínua dos profissionais que atuam no contexto do planejamento no SUS. Poderá ser também um espaço estratégico para a

implementação das mudanças preconizadas pelas correntes de planejamento estratégico.

2.5 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES NO SUS

Os objetivos do SUS estão evidenciados no seu arcabouço legal, artigo 5º da Lei nº 8.080/90, sendo: “identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º da LOS; assistência às pessoas através das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a integração das ações assistenciais e preventivas”(BRASIL,1990).

Também estão evidenciados nessa lei os princípios organizativos e doutrinários do SUS, que contribuem com a organização do sistema, a participação popular, a descentralização e regionalização do sistema (BRASIL, 1990).

Entende-se nesse trabalho que o princípio doutrinário referente à Integralidade tem uma relação estreita com a definição de prioridades já que define que o “SUS deve oferecer a atenção necessária à saúde da população, promovendo ações contínuas de prevenção e tratamento aos indivíduos e às comunidades, em quaisquer níveis de complexidade.” Com isso a pessoa deve ser considerada como um todo, e o sistema deve atender todas as suas necessidades, integrando ações de promoção, proteção e recuperação. O princípio pressupõe ainda que deva haver uma articulação e atuação intersetorial (BRASIL,1990).

É necessário perguntar: Quais são as necessidades da população? Que ações devem ser continuadas para que haja promoção da saúde? Que serviços devem ser montados prioritariamente no município? Do que a população mais adoecer? Quem pode ajudar na consolidação dos resultados pretendidos?

Nesse sentido, os princípios organizativos do SUS referentes à utilização da epidemiologia (que define as necessidades da população, prioridades a partir dos critérios epidemiológicos), o princípio de resolutividade e o de participação da comunidade (refere aos canais de participação na gestão governamental e no processo decisório) propiciam o controle social pelo conjunto da sociedade

organizada em todos os segmentos sociais e instala instâncias colegiadas do SUS, nos três níveis de governo, através da Conferência de saúde e do Conselho de saúde.

As Conferências têm a finalidade de avaliar, de forma ascendente, a situação de saúde, contribuir para a formulação da política de saúde nas três esferas de governo e propor as diretrizes para a implementação das ações e serviços de saúde. Vale lembrar que tem caráter deliberativo no âmbito da política local, portanto as prioridades contidas nos Planos de Saúde refletem as prioridades municipais e influenciam os planos das outras duas esferas de governo.

No PlanejaSUS, existem os instrumentos de planejamento, para a elaboração do plano municipal de saúde. Para isso, é necessário identificar os problemas e definir as prioridades de intervenção para implementar soluções; é necessário também identificar os fatores que determinam a situação considerada insatisfatória e estabelecer as linhas que poderão ser seguidas para solucionar os problemas. Portanto no âmbito do Sistema de Planejamento do SUS, o atendimento desses requisitos compreende dois momentos: **análise situacional e formulação dos objetivos, diretrizes e metas.**

Assim, são indicados como eixos orientadores para a análise situacional e para a formulação dos objetivos, diretrizes e metas dos Planos de Saúde: as condições de saúde da população (este eixo concentra os compromissos e responsabilidades exclusivas do setor saúde); os determinantes e condicionantes de saúde (este eixo concentra medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores – intersectorialidade); e a gestão em saúde (medidas essenciais à melhoria e/ou aperfeiçoamento da gestão – recursos humanos, financeiros, participação social, infra-estrutura, descentralização etc.) (BRASIL/CADERNOS PLANEJASUS, Nº 2, 2006).

Para obter informações que permitam identificar os principais problemas no que se refere às condições de saúde, é necessário desenhar o perfil demográfico, socioeconômico e epidemiológico da população. As principais fontes para obtenção desses dados são: o Censo Populacional do IBGE, o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (BRASIL/CADERNOS PLANEJASUS, Nº 2, 2007).

Em relação aos que devem ser levantados citamos os demográficos, os socioeconômicos, os epidemiológicos, os de vigilância sanitária relacionados as vertentes: vigilância em saúde; atenção básica; assistência ambulatorial especializada; assistência hospitalar.,

Deverão ser identificadas ainda medidas intersetoriais que se configuram determinantes e/ou condicionantes da situação de saúde ou da atenção à saúde, desenvolvidas nas respectivas esferas de governo. Isto para que se possa analisar a integração do setor saúde nos espaços de formulação, implementação e monitoramento das políticas públicas de saneamento, habitação, educação, justiça, assistência social, segurança e justiça social.

Por fim, vale lembrar que as prioridades e as responsabilidades sanitárias, técnica assumidas pelos gestores, conselheiros, prestadores de serviço, trabalhadores da saúde representantes das entidades, estarão registradas no Plano Municipal de Saúde.

3. OBJETIVOS

3.1 – OBJETIVO GERAL:

- Analisar o modelo de gestão no Sistema de Serviços de Saúde de Cuiabá, na perspectiva da definição de prioridades.

3.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar a convergência dos critérios de definição de prioridades das conferências municipais de saúde com os critérios definidos pelos gestores do nível estratégico da SMS/Cuiabá;
- Identificar os critérios de hierarquização das prioridades empregados nas conferências municipais de saúde e nas programações anuais da secretaria, visando verificar sua contribuição com o alcance da missão;
- Verificar a convergência das prioridades, segundo os diversos sujeitos da cúpula estratégica da SMS;
- Caracterizar o modelo de definição de prioridades no SUS Cuiabá.
- Descrever o processo de definição de prioridades no SUS Cuiabá.

4. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

4.1 – DESENHO ESTUDO

A metodologia que se utiliza neste estudo possibilita, acima de qualquer coisa, compreender o fenômeno social em estudo, na sua profundidade, respeitando sua subjetividade e simbolismo. Para isso, realiza-se uma abordagem de aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, ligando-os aos motivos e às intenções dos sujeitos pesquisados a partir dos quais, às ações, as estruturas e as relações tornam-se significativos (MINAYO, 1994, p. 244).

Em função da natureza e especificidade do objeto de estudo, a melhor opção foi realizar *Pesquisa Qualitativa*, que possibilita a apreensão dos significados que o homem dá à vida e, por isso, facilita a compreensão do mundo humano. CHIZZOTI (2008, p.79) afirma que uma abordagem qualitativa “parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito”. Portanto, com essa abordagem o objeto de estudo, que é um fenômeno subjetivo pode ser melhor analisado e compreendido.

Como já é sabido no meio acadêmico, o conhecimento científico é uma procura de articulação entre uma teoria e a realidade empírica e o método é a ligação, ou seja, o fio condutor para se formular essa articulação. A fala é a matéria prima para se fazer o contraste com a prática do sujeito.

A pesquisa qualitativa trabalha, portanto, com os valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões e por isso é adequada para aprofundar a complexidade do fenômeno, fatos e processos particulares e específicos de grupos, a associação entre o ser e o saber, sendo dessa forma a mais adequada para o estudo científico desse tipo (MINAYO, 1994).

O objeto desse estudo é a Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá. E o desejo de analisar a gestão na Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá tem sua gênese no fato de que as transformações tecnológicas, econômicas, sociais e teóricas por que passa a humanidade, estão exigindo de todos os campos do saber um repensar de suas práticas. Essas mudanças vêm influenciando profundamente as

organizações, sejam elas públicas e/ou privadas. Nesse sentido, produzem um impacto no Sistema Único de Saúde Brasileiro e na forma de gerenciá-lo.

Outro fato que também nos estimulou para o estudo é o de que o SUS está enfrentando mudanças com a implantação do Pacto pela Saúde que tem em uma de suas dimensões o Pacto pela Gestão, isso tem requerido das três esferas de governo um esforço para fortalecer a capacidade de gestão dos sistemas de serviços de saúde dos municípios. E os gestores deverão estar cada vez mais preparados para fazer uma melhor gestão pública dos recursos que estão sob sua responsabilidade.

Durante as discussões e criação dessa nova estratégia de implementação do SUS, a má gestão dos recursos e das pessoas aparecem dentre outras questões, como uma das mais urgentes de solução, pois grande parte da população já tem consciência do seu direito à saúde e está requerendo um serviço de melhor qualidade mais efetivo e resolutivo, nesse sentido a melhoria da gestão pode e deve ser um caminho a ser seguido.

Com isso, estudar a gestão da Secretaria de Saúde de Cuiabá é de extrema relevância social, pois entender a gestão é cada vez mais uma exigência do mundo contemporâneo.

Como afirmam diversos autores, MOTTA (2004), MINTZBERG (2006), TOBAR (2002), JUNQUILHO (2002), BRESSER (1994), a gestão burocrática deve ser substituída por uma gestão gerencial: para isso, inovações devem ser feitas nas instituições públicas. A gestão gerencial exige, entre outras coisas, que sejam priorizadas ações e definidas estratégias para alcançá-las, pois os recursos são limitados sendo com isso impossível fazer tudo que é necessário de uma só vez.

Dentre os principais conceitos estão ainda os de gestão estratégica, planejamento estratégico, estratégias, modelo de gestão, inovação e mudança. São conceitos complementares e importantes para que possamos compreender o fenômeno.

Observou-se como se dá a definição de prioridades na SMS, com quais critérios, bem como a existência de convergência entre os diversos sujeitos da cúpula estratégica. A preocupação maior, portanto, esteve focada no **Fazer** da organização, conforme entendimento de TOBAR (2002), e se limitou a entender como a

SMS/Cuiabá seleciona seu caminho e se existe um modelo para a definição de prioridades.

Não foi objeto de preocupação, pelo menos nesse trabalho, o entendimento que os gestores têm sobre as funções e atividades que são componentes da dimensão do **Fazer**, conforme classifica o autor citado.

4.2 – PROCEDIMENTOS

4.2.1 – ÁREA E POPULAÇÃO DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada na Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, e os pesquisados estão envolvidos com a cúpula estratégica (Secretário, Secretário Adjunto, Diretores) e membros do Conselho Municipal de Saúde.

O universo da pesquisa gira em torno de uma amostra que somou 12 sujeitos. Foi utilizada a amostragem não probabilista de caráter intencional na qual interessa a opinião (ação, interação) de determinados elementos da população, que foram identificados entre os sujeitos que têm vinculação mais significativa com o objeto de estudo, para que pudesse ser assegurada a abrangência do problema investigado em suas múltiplas dimensões.

Portanto, essa amostra foi dirigida somente àqueles que ocupavam cargos do nível estratégico na organização, ou seja, que estão na Macrogestão, conforme classifica GARCIA (2001). Com relação aos conselheiros municipais, foram entrevistados aqueles que já participaram da elaboração do Planejamento Estratégico da Secretaria, bem como, das duas últimas Conferências Municipais de Saúde, que aconteceram nos anos de 2004 e 2007.

Verifica-se como esse segmento, que representa o controle social da sociedade participa da definição das prioridades da política de Saúde Municipal, e o que pensa do modelo de Gestão da Secretaria. Ressalta-se que na Saúde diferentemente de outros conselhos de defesa de direitos, o CMS tem caráter deliberativo, e por isso mesmo, seus conselheiros definem prioridades para a instituição.

4.2.2 – TIPOLOGIA: PESQUISA INTERPRETATIVA

A pesquisa interpretativa vai além da descrição do como, e busca através de informações sobre o assunto que se vai investigar responder o porquê, interpretando também o que está por trás do que foi levantado. Esse tipo de pesquisa possibilita o aprimoramento das ideias e até mesmo um novo tipo de enfoque para o assunto. Requer, na maioria dos casos, levantamento bibliográfico, documental e entrevista com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e permite ainda a análise de exemplos que estimulem a compreensão da realidade (MINAYO,1994; BARDIN,1977; CHIZZOTTI, 2008; FRANCO,2003).

Essa tipologia possibilitou um bom delineamento do estudo e oportunizou um conhecimento significativo das variáveis e dos seus significados reais.

4.2.3 – DELINEAMENTO: ESTUDO DE CASO

A investigação da gestão do sistema de serviços de saúde de Cuiabá se deu através do estudo de caso, que é muito utilizado nas ciências sociais, pois possibilita a flexibilidade, e é o mais recomendado por uma diversidade de autores, nas investigações sociais complexas.

CHIZZOTTI (2006) afirma que o estudo de caso é uma estratégia, bastante comum na área de saúde, pois o caso é dado ao profissional para que reúna dados relevantes sobre o objeto de estudo e, desse modo, alcance um conhecimento mais amplo sobre esse objeto, dissipando as dúvidas, esclarecendo questões pertinentes, e sobretudo, instruindo ações posteriores.

Afirma ainda, que no estudo de uma organização específica como escola, organização, etc. pode-se aprofundar o conhecimento sobre: seu desenvolvimento ao longo do período; o desempenho de setores; a situação de unidades; o estágio de uma atividade específica; o processo de comunicação ou de decisão; como operam os setores e os diversos atores (CHIZZOTTI, 2006).

Nesse sentido, conclui-se que o estudo de caso possibilitou o exame desse tema tão contemporâneo, a observação direta dos acontecimentos que estão sendo estudados, entrevistas com as pessoas envolvidas no processo da gestão e o acesso fácil aos dados colhidos em fonte documental.

4.2.4 – TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS:

A coleta de dados foi realizada por meio das seguintes fontes de evidências: entrevistas semi-estruturadas; pesquisa documental em documentos oficiais contidos no arquivo de instituições públicas; observações.

Segundo MINAYO (2006, p. 261) “As entrevistas podem ser consideradas conversas com finalidade e se caracterizam pela sua forma de organização”. Dentre essas formas de organização estão classificadas as entrevistas semi-estruturadas que combinam perguntas fechadas e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de não se prender às indagações formuladas.

Nesse sentido, a entrevista foi do tipo semi-estruturada. Tratando-se de uma técnica de coleta de dados que requer um contato face a face entre pesquisador e pesquisado. Estas foram gravadas e depois transcritas na íntegra para serem analisadas e interpretadas. Foi elaborado um roteiro preliminar de perguntas (Apêndice I), que pode ser acrescido no decorrer da entrevista, sempre que foi preciso aprofundar aspectos relevantes aos objetivos do estudo. Esse tipo de pesquisa deu muita maleabilidade para o estudo.

As entrevistas foram realizadas na sede da secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, onde está localizada toda a diretoria e também a sede do Conselho Municipal de Saúde, o que possibilitou o encontro com os conselheiros. Foram observados os cuidados necessários para garantir aos entrevistados, local apropriado e privacidade necessária ao bom andamento e sigilo que a entrevista devia ter.

Com relação à fonte documental, CHIZZOTTI (2006), afirma que documento é qualquer informação sob a forma de textos, imagens, sons, sinais etc., contida em um suporte material (madeira, papel, tecido, pedra etc.), fixados por técnicas especiais como impressão, gravação, pintura, incrustação etc.).

Os documentos analisados foram aqueles oficiais da instituição: deliberações das Conferências Municipais de Saúde de 2004 e 2007; Plano Municipal de Saúde 2002-2005 e 2006-2009; Planos de Trabalhos Anuais – PTA, dos últimos cinco anos (2004 à 2008); Plano Plurianual; Orçamentos Anuais; Quadro de Detalhamento de Despesas; Relatórios de Gestão do mesmo período; Relatórios de Resultados; Relatórios de Auto - Avaliação da Gestão dos últimos 3 anos; termo de compromisso de gestão; atas e resoluções do conselho municipal de saúde; relatórios de Gestão(2007 e 2008); orientação do CMS/Cuiabá para as conferências locais e regionais. Nestes documentos buscou-se identificar quais foram as prioridades, os critérios de seleção e como elas foram efetivamente tratadas na elaboração do plano municipal de saúde.

No relatório de gestão da Saúde de 2008, constam os dados socioeconômicos mais recentes referentes ao ano 2005 e o Perfil Socioeconômico, volume III, 2007 publicado pelo instituto de Planejamento e Desenvolvimento Urbano (CUIABÁ, 2008)

Também foram observados: os métodos para a definição de prioridades; onde e como foram selecionados os problemas, objeto de intervenção da organização; as soluções propostas; a relação entre a capacidade tecnológica e financeira da organização para enfrentar os problemas selecionados. Isso foi feito analisando os formulários utilizados pela secretaria e pelo conselho municipal nos anos anteriores, uma vez que se concorda com a afirmação de que a seleção de prioridades é parte fundamental do processo de decisão (BARRENECHEA, 1999).

Também foi utilizado caderno de campo que possibilitou o registro das observações do comportamento, das falas e relações efetuadas durante as entrevistas, bem como, o registro de depoimentos feitos em conversas informais.

O pré-teste do roteiro da entrevista foi realizado com uma ex-Diretora da SMS-Cuiabá, que é servidora pública efetiva e demonstrou que havia necessidade do roteiro ser modificado para garantir fidedignidade à pesquisa.

4.3 – ANÁLISES DOS DADOS

Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo. A análise de conteúdo, segundo BARDIN (1977) é um método de tratamento e análise de dados de informações colhidas por meio de técnicas de coleta de dados e consubstanciadas em um documento. Nessa mesma linha de argumentação, completa BARDIN (1977), a análise de conteúdo envolve

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdos das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens” (BARDAN, 1977, p. 42).

Com relação ao método de organização da análise, foram obedecidas as diferentes fases da análise, que se organiza em torno de três polos cronológicos, que são: 1) *a pré-análise*; 2) *a exploração do material*; 3) *o tratamento dos resultados*, a inferência e a interpretação (BARDIN, 1977, p.95).

Na *pré-análise* foi feita a organização e sistematização das ideias iniciais, de maneira a conduzir a um plano de análise. A primeira fase cumpriu as três missões, previstas pelo método de análise, ou seja, a escolha dos documentos que foram submetidos à análise, a escolha das hipóteses e dos objetivos.

Buscou-se então estabelecer contato com os documentos, deixando fluir as primeiras impressões e orientações. Essa atividade é também conhecida como *leitura flutuante*. “A leitura foi se tornando mais precisa, em função das hipóteses emergentes, da projeção de teorias adequadas sobre o material e da possível aplicação de técnicas utilizadas sobre materiais análogos” BARDIN (1997, p. 96). Essa etapa gerou um novo documento com todas as respostas de cada uma das perguntas.

A exploração do material aconteceu após as diferentes operações da pré-análise e se trata da administração sistemática das decisões tomadas. Essa fase consistiu essencialmente de operações de codificação (BARDIN, 1997).

A terceira fase do método de análise diz respeito ao tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Nesta etapa os dados brutos foram tratados de maneira a serem significativos e válidos. Tratar o material significou codificá-lo, transformá-lo por recorte, agregação e enumeração para atingir uma representação do conteúdo.

Nesse sentido as informações foram tratadas através de agrupamento de categorias e descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo das comunicações, onde se fez deduções lógicas acerca dos efeitos das mensagens do grupo amostral pesquisado.

O Modelo de categorização pode ser misto, fechado ou aberto. (BARDIN, 1997). Neste estudo adotou-se algumas categorias definidas em função do referencial teórico do trabalho, mas não foram fechadas para possibilitar a inclusão de novas categorias que pudessem surgir a posteriori, durante o trabalho de coleta de dados e que interessasse ao estudo.

As categorias analíticas estão apresentadas no quadro I, e foram organizadas contemplando os arranjos institucionais, as categorias analíticas e os desdobramentos operacionais, objetivando o melhor entendimento no escopo desse trabalho.

Quadro I: Categorias Analíticas

ARRANJOS INSTITUCIONAIS	DIMENSÕES	DESDOBRAMENTO OPERACIONAL
Gestão Pública/Planejamento	Capacidade Gerencial (Intelectual e Interpessoal)	Perfil; Idade Sexo Vínculo Experiência Capacitação.
	Origem da definição	Demanda Necessidade Crise Oportunidade
Instâncias Deliberativas	Participação	Envolvimento de quem Como Periodicidade Conferências
	Comunicação	Site Documentos oficiais Comunicações internas Atas de reuniões
Modelo de Definição de Prioridades	Hierarquização	Por pontuação Por magnitude Transcendência Vulnerabilidade
	Convergência	Entre atores Entre propostas
	Metodologia	Processo utilizado
	Informação	Senso Comum Indicadores Demanda Política

Fonte: Construção da autora e orientadora

Nesse sentido a categoria **Capacidade Gerencial** (Intelectual e interpretativa) e **suas subcategorias** (Perfil; idade; sexo; Vínculo; Experiência; Capacitação) foram definidas como:

Habilidades mais complexas que devem estar presentes nos dirigentes de nível de direção e ou estratégico, garantindo a eles maior capacidade intelectual (analítica e de decisão), capacidade interpessoal (motivação e de enfrentar riscos e incertezas) para que possam enfrentar um ambiente variável, e cheio de limitações. (DUSSAULT, 1992; MOTTA, 2004.)

Capacidade Intelectual: capacidade de identificar e analisar problemas de sua organização; de entender o processo de funcionamento de uma organização profissional, o processo de produção de serviços saúde, a rede de relações com o ambiente, as necessidades da comunidade, sua distribuição e evolução; conhecimento do quadro jurídico e institucional e da prestação de serviços; conhecimento da dinâmica das relações entre os atores e da tomada de decisão em relação à escolha das prioridades e alocação dos recursos.

Capacidade Interpessoal: capacidade de ajustar suas decisões e ações a um contexto particular. Aprender a partir de seus erros, de se formar para enfrentar, com eficácia, problemas inéditos e saber definir objetivos, estratégias e divulgá-las tanto dentro como fora de sua organização. Capacidade de escutar e ler sua organização e seu ambiente (clima organizacional) (DUSSAULT, 1992)

Vínculo Empregatício: como possibilidade de contribuir com acúmulo de conhecimento e retenção do capital humano na organização, diminuição da rotatividade dos trabalhadores, possibilitando a efetivação de uma política de educação permanente e com isso ampliar a capacidade intelectual da instituição.

Experiência: capacidade de relacionar os trabalhos realizados no setor público e que possibilitaram vivência no gerenciamento de planos, programas, projetos unidades de saúde e/ou equipes disciplinares/interdisciplinares. Entende-se que a experiência possibilita o processo que envolve o aprendizado de novas atitudes, conhecimento e valores, em relação ao trabalho administrativo e também a adaptação de suas decisões e ações a um contexto particular, que acontece a partir de seus erros e acertos no enfrentamento eficaz de problemas.

Capacitação: Oportunidade que o gestor tem de ampliar a sua capacidade intelectual e interpessoal, melhorando a sua chance de fazer uma gestão exitosa com alcance dos resultados esperados. Considera-se tanto a formal, relacionada à formação e pós – graduações, como as relacionadas à participação em conferências municipais, comissões gestoras, conselhos de direito, oficinas de elaboração do Plano Municipal de Saúde, avaliação de resultados, metas e auto-avaliação da gestão.

Origem da definição: (Demanda; Necessidade; Crise; Oportunidade)

A forma como se originam as decisões para a escolha da prioridade é no planejamento do setor saúde e das políticas públicas, diferente das empresas privadas. A definição de prioridades não fica a cargo somente do diretor, mas de várias pessoas que têm responsabilidade sobre o processo e que efetuam um juízo de valores sobre uma lista de problemas já identificados (PINEUALT & DAVELUY, 1987).

Dessa forma as prioridades podem se originar da:

Demanda: entendida como a procura da sociedade por serviços de saúde,

Necessidade: entendida como “algum distúrbio na saúde e bem-estar da população.”

Crise: situações geradas por epidemias, catástrofes, acidentes, denúncias relacionadas por ausências de serviços alta complexidade.

Oportunidade: relacionada aos programas / serviços ofertados a partir de ações do ministério da saúde.

Categoria Participação e suas subcategorias: (Envolvimento de quem; Como; Periodicidade; Conferências)

Participação pode ser entendida como “tomar parte ou intervir”, “ter parte de uma coisa”, o que implica tomar um papel ativo ou contribuir em alguma medida ao alcance de um objetivo.

Diversos autores vêm abordando o tema da participação e, em saúde, pode ser entendida como necessária em diversos momentos, ou seja, no planejamento, no levantamento das necessidades, no controle orçamentário/financeiro, nos serviços de saúde, nas principais deliberações da política de saúde.

Segundo TOBAR (1999) Virgolini realizou um mapa do conceito e enfoques sobre participação social nos serviços de saúde, e entendeu que a mesma significa que pessoas ou grupos assumem certo protagonismo nas decisões e omissões e nas ações ou inações, referidas a determinadas questões. Desse protagonismo implica uma determinada capacidade para atuar, tratando de modificar

ou conservar certo aspecto da realidade, no qual requer ter certo poder de intervenção.

Nesse sentido, foi observado quem são os envolvidos no processo de definição de prioridades, como eles participam, com que periodicidade e sobre a participação nas conferências de 2004 e 2007.

Comunicação: (Site; Documentos oficiais; Comunicações internas; Atas de reuniões)

No mundo de hoje, existem muitas formas de se obter informações e conhecimentos, e também muitas formas de nos comunicarmos. Porém existe uma grande diferença entre comunicação e informação.

A comunicação ajuda a construir o futuro e a desenvolver uma visão onde as pessoas participam juntas e se envolvem nos processos de mudança. A comunicação também estimula o sentido de pertencer, o que gera comprometimento por parte dos servidores (LEITE, 2006).

Nesse sentido, comunicar é muito mais que transmitir e receber mensagens, esse é o sentido mecânico da palavra; comunicar vem da palavra latina *communicare, que quer dizer:*

“tornar comum, partilhar, repartir, associar”(ROZEMBERG, 2006) se vale em seu trabalho da definição do filósofo J.dewey(1859-1952) que assim conceitua “Comunicação é o processo de repartir a experiência para que ela se torne patrimônio comum e que modifica a disposição mental das partes associadas”. Portanto ela é um ato social e permite que experiências, sensações, idéias ou pensamentos sejam partilhados por todos. Representa a ação de “por em comum” (2006,p.742).

Estudos como os de LEITE (2006), KUNSCH (1997), BUENO (2001) são unânimes em afirmar a urgente importância das organizações possuírem um plano de comunicação, que deverão ser os responsáveis por viabilizar que as decisões e informações cheguem dentro e fora da organização.

Muitas informações são produzidas e causam impacto na vida dos funcionários, mas nem sempre geram mudanças de atitudes, ou ainda, causam

confusão porque não foram divulgadas da forma adequada. Outras informações sequer chegam aos verdadeiros destinatários porque um gestor não identificou a essência comunicativa de determinado fato. Daí o valor da Comunicação Interna numa organização.

A Comunicação Interna são as interações, os processos de trocas, os relacionamentos dentro de uma empresa ou instituição. Também chamada de Endocomunicação, a Comunicação Interna é responsável por fazer circular as informações, o conhecimento, de forma verticalmente, ou seja, da direção para os níveis subordinados; e horizontalmente, entre os empregados de mesmo nível hierárquico (LEITE, 2006).

Neste trabalho, nosso interesse está voltado para o entendimento de como a comunicação das prioridades e das principais decisões estratégicas são compartilhadas dentro da organização. Bem como, quais meios internos são utilizados para que os envolvidos no processo de fazer saúde interajam com as principais decisões e prioridades eleitas pelo nível estratégico e que devem ser efetivadas para a busca dos objetivos estratégicos da Secretaria de Saúde.

Com isso, as análises das entrevistas e dos documentos nos ajudaram a perceber quais meios de comunicação são mais utilizados ou são entendidos como mais eficazes para a comunicação interna, entre Sites, Documentos Oficiais, Comunicações Internas ou Atas de reuniões.

Categoria Hierarquização e suas subcategorias: (Pontuação; Magnitude; Transcendência; Vulnerabilidade)

A hierarquização é entendida neste estudo como uma necessidade proveniente da certeza de que é impossível resolver todos os problemas de saúde que se apresentam para o município. E também da certeza de que a hierarquização apresenta, segundo BORDIN, (1999), duas dimensões, o que a torna mais complexa : a dimensão de temporalidade e a dimensão de impossibilidade de satisfação das necessidades de todos. Na temporalidade o enfoque é a satisfação das atuais necessidades, sem se esquecer das futuras e impedir o regresso das passadas. Na dimensão impossibilidade está a lógica de que como o consumo na saúde é ilimitado é necessário que se imponha uma hierarquização de favorecimento.

Qualquer método utilizado para definição de prioridades deve incluir critérios que meçam a magnitude do problema e a eficácia da solução de uma intervenção. Para ser considerada eficaz deve ser viável e válida. A intervenção é válida se produz resultados semelhantes ao que se espera obter com sua aplicação, no dizer de PINEUALT e DAVELUY (1987).

Nesse sentido, analisaremos nos discursos e nos documentos levantados, se a hierarquização dos problemas/soluções é feita por:

Pontuação: está relacionado a métodos que somam a pontuação para cada problema e ou solução sugerida e prioriza aqueles que obtém maior pontuação.

Magnitude: está relacionado ao conceito de morbidade, correspondendo ao número de pessoas acometidas pela doença ou agravo pela população da área.

Transcendência: corresponde ao dano causado pelo problema, prendendo-se aos conceitos de mortalidade (óbitos/população) e letalidade(óbitos/indivíduos acometidos) .

Vulnerabilidade: possibilidade de redução de um determinado problema de saúde na população. Ela depende do estado atual de tecnologia médico-terapêutica, podendo se considerada quanto à mortalidade e morbidade, quando alguns agravos podem ser totalmente evitados, outros parcialmente, e alguns sem controle ou prevenção.

Convergência: (Entre atores; Entre propostas)

A categoria convergência foi entendida neste estudo como “Ato de convergir, tender para o mesmo fim, tender ou dirigir-se para o mesmo ponto” (FERREIRA, 2001)

Buscou-se então a convergência entre as afirmações dos atores, aqui entendidos como os sujeitos da cúpula estratégica e os participantes das conferências, onde observamos opiniões relacionadas aos critérios de definição de prioridades.

A comparação foi realizada também acerca das convergências das propostas de prioridades, segundo os diversos entrevistados do nível estratégico.

Metodologia: (Processo utilizado)

Nos aspectos relativos à metodologia, que está sendo utilizada pela Secretaria Municipal de Saúde para a definição de prioridades, discriminou-se o *processo utilizado*, bem como, as etapas por ele seguidas e posteriormente realizamos a comparação com o processo definido no marco teórico deste trabalho, sendo o seguinte: definição dos critérios de decisão; pré-seleção de problemas; estimação e comparação dos problemas; e análises da importância do problema e da capacidade do programa.

Informação para a definição de prioridades e suas subcategorias

(Senso Comum; Indicadores; Demanda Política)

A informação é elemento essencial para a gestão de serviços e sistemas de saúde. “Informações são dados organizados de modo significativo, sendo subsídio útil à tomada de decisão” (MIRANDA, 1999, p.287).

No setor saúde a *informação* deve ser entendida como redutor de incertezas, um instrumento para detectar focos prioritários, levando a um planejamento responsável e à execução de ações de que condicionem a realidade às transformações necessárias.

A finalidade da informação em saúde consiste em identificar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma população, propiciando elementos para análise da situação encontrada e subsidiando a busca de possíveis alternativas de encaminhamento. Assim, as informações em saúde devem abranger as relativas ao processo saúde/doença e as de caráter administrativo, todas essenciais ao processo de tomada de decisão no setor (TEIXEIRA, 2004).

Conhecer e acompanhar a situação de saúde de um município deve ser rotina dos gestores, pois é valiosa fonte para fazer escolhas e corrigir rumos da organização, ou seja, para a tomada de decisão. Para isso o sistema de saúde deve se valer de sistemas de informação e da epidemiologia no exercício das suas funções gestoras (MOTA e CARVALHO 2003).

Importa destacar que no Brasil existem diferentes Sistemas de Informações em Saúde (SIS), que apesar das dificuldades em homogeneizar as informações, podem e devem ser utilizados para o planejamento e definição de prioridades por parte dos gestores.

MOTA e CARVALHO (2003), utilizando-se do conceito de MORAES (1994), afirmam que um sistema de informação em saúde (SIS) pode ser definido como um conjunto de componentes integrados e articulados que atua com o propósito de obter e selecionar dados e transformá-los em informações, com mecanismos e práticas próprios

Portanto, a produção de informação em saúde deve permitir uma compreensão ampliada do processo saúde/doença, devendo ser orientada para isso. Deve ainda, ser entendido que o estado de saúde de uma população é a expressão de uma imensidão de características e fatores próprios do meio econômico, social, cultural e ambiental, o que abrange a informação produzida em vários setores e em outras esferas de atuação (BRANCO, 2001) .

Ainda que no Brasil a produção e a utilização de informações sobre saúde se processam num contexto muito complexo OPAS/RIPSA (2002), os princípios organizativos do SUS, referentes à utilização da epidemiologia (que define as necessidades da população, prioridades a partir dos critérios epidemiológicos), enfatizam a importância das informações e indicadores gerenciais e epidemiológicos para o cumprimento das atribuições das três esferas de governo.

Considerando esses aspectos, entende-se então:

Por senso comum: a utilização que os gestores fazem das informações que são provenientes de opiniões ou experiências dos atores do SUS, que surgem muitas vezes de conversas informais e servem para explorar e produzir informações gerais sobre uma questão ou problema.

Por Indicadores: a utilização e obtenção de informações que permitam identificar os principais problemas no que se refere às condições de saúde, e que são provenientes dos sistemas de informações do SUS, do IBGE, e de demais setores e esferas de atuação.

Por Demanda Política: consideram-se as informações que são consolidadas das deliberações das Conferências Municipais, da Agenda da Saúde, da Programação Pactuada e Integrada (PPI), do termo de compromisso de gestão, dos compromissos assumidos pelo prefeito durante a campanha eleitoral (Agenda

Política), de compromissos assumidos pelo Brasil com organismos internacionais, de relatórios de auditorias internas e externas, de mandatos judiciais, etc.

4.4 – ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Esta pesquisa foi fundamentada nos aspectos éticos e metodológicos vigentes e atendeu rigorosamente as determinações preconizadas na Resolução CNS 196/96. (MS,1996)

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa envolvendo seres humanos da Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso, conforme protocolo nº 386/2008-CEP/SES-MT

Todos os sujeitos pesquisados foram contatados pessoalmente ou por telefone, ocasião em que fizemos o agendamento da entrevista, que aconteceram nos prédios da Secretaria Municipal de Saúde, da Diretoria da Vigilância Sanitária, da Diretoria da Regulação e na sede da ONG Corações Amigos. Todos os entrevistados foram devidamente esclarecidos sobre os objetivos, desconfortos, riscos, e vantagens de participarem da pesquisa, para então após preencherem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo I)

O sigilo dos entrevistados foi mantido através das substituições dos seus nomes por números, seguidos por ordem de entrevista. Ex. primeiro entrevistado recebeu o número 1, e assim sucessivamente.

Nos próximos capítulos, encontram-se os objetivos e a discussão sobre alguns aspectos da gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, trazendo a contextualização da gestão do sistema de serviço de saúde hoje, e também, análises dos resultados da pesquisa relacionados às categorias, capacidade gerencial e participação social.

5. GESTÃO DO SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE DE CUIABÁ: Caracterização do Município e do seu Órgão Gestor.

Esse capítulo tem por fim discutir alguns aspectos da gestão da Secretaria Municipal de Saúde, colocando-a primeiramente no contexto geral do município de Cuiabá, posteriormente caracterizando-a, com o objetivo de contextualizar a realidade na gestão do sistema de serviço de saúde local. Serão discutidos os arranjos institucionais relativos à estrutura organizacional, instâncias deliberativas, planejamento e os resultados das categorias capacidade gerencial, participação social.

5.1 – O MUNICÍPIO DE CUIABÁ

Cuiabá nasceu da expansão das bandeiras em busca de riquezas e de conquista de novas fronteiras, em 08 de abril de 1719. Pela Lei Complementar n.º 31 de 11 de outubro de 1977, passou a capital de Mato Grosso, continuou a se expandir como centro econômico, sendo hoje um dos municípios brasileiros que mais crescem. Está situado na Região Centro-Oeste do Brasil e possui uma área de 3.538,17 km². Sua urbanização teve início no final dos anos 30, intensificou-se na década de 60, quando passou para à condição de pólo de apoio à ocupação da Amazônia Meridional Brasileira, sendo chamada de “Portal da Amazônia.”

Possui uma altitude de 165 metros e faz limite ao Norte com Rosário Oeste, a Noroeste com Acorizal, ao Sul com Santo Antônio do Leverger, a Leste com Campo Verde e a Noroeste com Chapada dos Guimarães (CUIABÁ, 2008). Em 2006, tinha uma densidade demográfica de aproximadamente 160,9 (habitantes/km²) e uma taxa de crescimento populacional de 2,77% a.a., segundo dados do IPDU – Súmula de Informações (2007).

Em 2008, a estimativa populacional era de 544.737 habitantes (IBGE/DATASUS), sendo 48,5% homens e 51,5% mulheres. A população residente na área urbana corresponde a 98,5% e 1,5% na área rural. Da população geral de Cuiabá, 29,0% encontra-se na Regional Leste, 24,5% na Regional Sul, 23,0%

Regional Oeste e 22,0% Regional Norte (IBGE/ 2007/ IPDU-Perfil Socioeconômico, Volume III, 2007).

A estimativa da população segundo faixa etária e sexo, demonstra que a população menor de 01 ano correspondeu a 1,6% e as crianças menores de 5 anos representaram 8,2% da população geral. Na faixa etária dos 20 aos 49 anos estão 49,9% da população, ou seja, a maioria das pessoas. A proporção da população na faixa etária de 60 anos e mais foi de 7,4%, índice maior que o dos anos de 2006 (5,6%) e 2007(7,0%), porém menor a média nacional, mas com tendência demográfica de envelhecimento populacional (CUIABÁ, 2008).

Do total de domicílios permanentes contatos pelo IBGE, em 2007, 98 % possuem abastecimento de água tratada e 92,1% coleta de lixo. Com relação ao esgotamento sanitário Cuiabá possuía 38 % ligações de esgoto, mas apenas 29% do esgoto coletado eram efetivamente tratados.

A base econômica do município está concentrada no comércio, com maior representatividade varejista, constituída por empresas dos gêneros alimentícios, vestuários, eletrodomésticos, objetos e artigos diversos. E na indústria, com a agroindústria, é grande produtor de arroz com casca, mandioca, cana de açúcar, milho em grão, feijão, cana de açúcar. Na pecuária a maior criação é de bovinos, seguida de galináceos e suínos (CUIABÁ, 2007, AMM; SEPLAN).

Em 2005, o município possuía 1.455 estabelecimentos na área da indústria, 11.307 estabelecimentos prestadores de serviços, 4.217 estabelecimentos no comércio varejista e 505 no comércio atacadista, sendo estes foram os que apresentaram maior crescimento, com variação de 10,5% e 9,93%, respectivamente, no período de 2004/2005.

No setor secundário, cadastros de estabelecimentos industriais (classe consumo) sendo: ramo da construção (426), produtos alimentares (209), metalurgia (175), vestuário, artefatos de tecido e de viagem (121). Registra ainda, uma variação no período de 2004/2005, com queda de 16,07 % no setor mobiliário, 14,52 % no setor de extração e tratamento de minerais/indústria de transformação, e 5,26 % no setor de química (Cuiabá, 2008).

Com relação à Educação, no ano de 2005, Cuiabá possuía 263 estabelecimentos de ensino, sendo 128 municipais, 86 estaduais, 02 federais e 47

particulares. Do total 157.846 alunos matriculados, 6.132 estavam matriculados em creches, 9.542 na pré-escola, 87.667 no ensino fundamental, 30.551 no ensino médio, 18.815 na educação de jovens e adultos (EJA), 3.829 no ensino profissionalizante e 1.340 na educação especial. Em instituições de ensino superior que atuavam em Cuiabá, no ano de 2005 havia 25.826 alunos matriculados, sendo 8.059 na UFMT, 332 no CEFET e o restante em instituições particulares (CUIABÁ, 2008).

5.2 – O SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE MUNICIPAL: SUS CUIABÁ

O Sistema de Serviços de Saúde de Cuiabá compõe a Micro Região Estadual denominada Baixada Cuiabana que congrega onze municípios (Acorizal, Barão de Melgaço, Chapada dos Guimarães, Santo Antônio do Leverger, Várzea Grande, Poconé, Nova Brasilândia, Planalto da Serra, Nossa Senhora do Livramento, Jangada e Cuiabá). Possui como órgão gestor a Secretaria Municipal de Saúde, criada pela Lei Complementar N.º 94 de 03 de julho de 2003, em substituição a Fundação de Saúde de Cuiabá (FUSC) extinta em 2003. Essa lei complementa e consolida todas as leis municipais de saúde e dispõe sobre a regulamentação, fiscalização e controle, das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS/Cuiabá.

A Gestão do SUS é entendida, portanto como “a atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria” (CONASS, 2007). Para cumprir essas prerrogativas é necessário que o município tenha condições físicas, estruturais e financeiras de fazer esse comando.

A gestão do SUS, com comando único pela SMS, tem o seu desenvolvimento no contexto das NOB/93 e NOB/96, com a implementação do processo de descentralização e de responsabilização referentes à atenção a saúde de Cuiabá e sob a influência da Política de Saúde em Mato Grosso que definia diretrizes, estratégias e projetos prioritários, considerando o plano político da gestão estadual e a realidade institucional dos municípios do estado.

No novo modelo proposto pela SES/MT, o papel do município seria de:

“elaborar a programação municipal de serviços de saúde de baixa e média Complexidade; gerenciar unidades de saúde do seu território; executar ações básicas de saúde; garantir a prestação de serviços de saúde em seu território; avaliar os resultados e desempenho do Sistema Municipal de Saúde (GUIMARÃES, 2002, p. 49).

O município de Cuiabá foi o único do estado habilitado, segundo a NOB/93, em gestão semiplena, modalidade mais avançada, em 17/06/94 através do convênio nº 152/94. (SILVA, 1996, p.87). Portanto em 1994, Cuiabá conquista o direito de receber o repasse direto dos recursos financeiros federais, porém segundo GUIMARÃES (2002), somente em abril de 1995 o município passou a receber um teto financeiro correspondente cerca de 32% do total do teto financeiro estadual, em razão da rede de serviços de Cuiabá, ser referência regional e estadual, atendendo uma população maior que a residente na capital.

Em Mato Grosso, somente em 1998 começa a ser operacionalizada a NOB 01/96 e o município de Cuiabá é habilitado na modalidade mais avançada, referente à condição de gestão plena do sistema municipal de saúde, proporcionando com isso a revisão da composição do teto financeiro para a assistência em razão da incorporação da necessidade da prestação de serviços a outros municípios.

Nesse período, segundo o Ministério da Saúde, a capital gerenciava 91% das unidades ambulatoriais existentes no seu território (54,5% da produção ambulatorial do Estado) e 100% da rede hospitalar, permitindo assim, o reajuste do teto financeiro da capital o que “indicou coerência entre a condição de habilitação e o desenvolvimento da gestão em si” (GUIMARÃES, 2002, p.53).

Com o advento da Norma Operacional de Assistência a Saúde - NOAS/SUS 01/02 os municípios passam a ser organizados em redes regionalizadas. Recebem também novas responsabilidades e atribuições de Gestão, passando a se responsabilizar pela gestão plena da atenção básica, o que exigiria dos municípios habilitados nessa categoria a atuação em áreas estratégicas mínimas, como por exemplo, o controle da diabetes mellitus, a saúde da mulher, a saúde da criança, incluindo a gestão sobre os prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS, exercendo o comando único na sua esfera de governo (PADILHA,2009).

Com relação ao processo de habilitação dos municípios a NOAS institui no seu artigo 46 que: todos os municípios que viessem a ser habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com as normas do Item 48 - Capítulo II desta Norma, estarão também habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (BRASIL/CONASS 2007).

O SUS/Cuiabá mantém a sua habilitação na modalidade de Gestão Plena do Sistema (Resolução n.º 16/1998), passando a ser habilitado também pela NOAS na modalidade de gestão plena da atenção básica, conforme artigo 48 citado acima, passando a vivenciar até a adesão ao Pacto pela saúde em 2007, uma situação “sui generes” de duas habilitações tornando-se o único município do estado com duas habilitações.

O Pacto pela Saúde aprovado no CNS, em 09/02/2006 e publicado em portaria GM/MS Nº 399, de 22/02/2006 é uma tentativa do SUS de superar a fragmentação das políticas e programas de saúde, e possibilitar maior autonomia dos entes federados. Seus maiores desafios são promover inovações nos processos e instrumentos de gestão e alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade da resposta do sistema às necessidades da população.

Dentre as mudanças que trouxe na maneira de organizar a gestão do SUS, cita-se: Integração das várias formas de repasse dos recursos federais de custeio; unificação dos vários pactos existentes hoje; substituição do então processo de habilitação pela adesão ao Pacto pela Saúde, através da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão – Todos os gestores são plenos na responsabilidade pela saúde de sua população; integração das várias formas de repasse dos recursos federais para financiamento das ações e serviços de saúde.

O Pacto pela Saúde possui três dimensões, o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. O Pacto pela Vida visa, definir e pactuar as metas locais, definir estratégias para alcançar estas metas, instituir um processo de monitoramento. Já o Pacto em Defesa do SUS pretende discutir nos conselhos municipais e estaduais estratégias para implantação das ações respectivas no estado, garantir financiamento de acordo com as necessidades do sistema regulamentando a EC nº 29, pelo Congresso Nacional, priorizar espaços com a sociedade civil para Repolitização da Saúde como um movimento que retoma a Reforma Sanitária

Brasileira, promover a Cidadania como estratégia de mobilização social, divulgar a Carta de Direitos dos Usuários do SUS. O Pacto de Gestão pretende definir as responsabilidades sanitárias e dar maior transparência para o controle social através das seguintes diretrizes: descentralização; regionalização, financiamento, planejamento, regulação, participação e controle Social, gestão do trabalho e educação na Saúde

Ao aderir Pacto pela Saúde 2006, deixa de existir em Cuiabá as habilitações a gestão do sistema, previstas nas normas, porém mantém o gerenciamento com comando único do SUS municipal e o estabelecimento do município como referência estadual para os serviços de média e alta complexidade, responsabilizando-se pela contratação, programação, controle, avaliação, auditoria e regulação, assim como, o pagamento dos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares.

Segundo SCHRADER (2006), o sistema de saúde de Cuiabá ainda é marcado pela grande dependência do setor privado contratado, pela ausência de serviços públicos, tanto municipais como estaduais e federais de alta complexidade ambulatorial e hospitalar, dificultando a inversão do modelo de atenção do sistema e ocasionando um alto custo nessas ações.

Esse alto custo das ações pode ser observado quando se verifica que, com relação à produção física financeira ambulatorial, a rede própria produziu no ano de 2008, 2.268.146 atendimentos num custo de R\$ 5.099.462,86 e a rede contratada produziu 1.985.695 atendimentos e num custo de R\$ 43.632.116,79 (CUIABÁ, 2009). O que demonstra que Cuiabá não tem capacidade de fazer as ações de média e alta complexidade. A participação do setor privado na atenção secundária e terciária não é complementar e sim dominante. O município, portanto só faz o provimento da atenção primária. Pode-se verificar também com a análise desses dados que existe uma inversão de prioridades.

Para o custeio do sistema, o município criou o Fundo Municipal de Saúde (Lei nº 2.890 de 19/12/90), tornando-se apto para receber financiamento das esferas estadual e federal, bem como aplicar seu potencial de recursos nas ações e serviços de saúde, conforme preceitua a Emenda Constitucional 29, disponibilizando do total das receitas correntes, 15,34% em 2004, 16,7% em 2007 e 16,5 % em 2008.

Em 2008, o SUS Cuiabá foi financiado por repasses dos Fundos Nacional e Estadual de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde e recursos próprios do município num total de R\$ 230.737.431,37. Desse valor, a maior proporção foi proveniente da União (44,7%), sendo que desta parcela, cerca de 76% foram destinados ao pagamento de procedimentos de média e alta complexidade. O tesouro municipal contribuiu com 32,1% do montante acima para o financiamento do sistema, sendo que quase a totalidade desses recursos foi destinada ao pagamento de folha salarial dos servidores da SMS/ Cuiabá (CUIABÁ, 2008).

O quadro de trabalhadores da saúde em 2007 era composto por 5.093, vinculados à Prefeitura Municipal de Cuiabá, dos quais 37,9% eram estatutários e 59,9% prestadores de serviços, 2,2% comissionados. Além desses, existem 300 profissionais vinculados a outros órgãos que se encontram à disposição da SMS (CUIABÁ, 2007).

Com relação ao desempenho dos trabalhadores da saúde do Município de Cuiabá, o mesmo está sendo considerado um fator essencial para realizar as metas da instituição. Pois, a melhoria da qualidade de vida e de saúde e um ambiente de trabalho saudável farão com que os trabalhadores realizem seus trabalhos de forma eficiente e eficaz contribuindo para o alcance das metas estratégicas (CUIABÁ, 2007).

Em 2008, houve um aumento no número de servidores vinculados à Prefeitura Municipal de Cuiabá em relação a 2007, perfazendo um total de 5.877 trabalhadores da saúde, dos quais 35,8% são estatutários e 57,6% prestadores de serviços, 2,0% comissionados, totalizando uma despesa com pessoal de R\$ 65.193.518,75 (CUIABÁ, 2008). Ainda conta com 258 profissionais vinculados a outros órgãos, à disposição da SMS/Cuiabá.

O aumento no número de servidores pode ser considerado fator positivo para o sistema, porém a ampliação no percentual de servidores prestadores de serviço constitui uma limitação, pois o SUS Cuiabá já sofre há alguns anos com alta rotatividade de pessoal que gera além de outros problemas uma descontinuidade no serviço, levando a organização a um círculo vicioso de contratações, capacitações, demissões. Esse círculo vicioso impede a formação de quadro permanente da organização dificultando ainda mais o alcance de sua missão; valores e das prioridades da organização.

Do ponto de vista do trabalhador, essa situação também é preocupante, pois cria uma instabilidade, uma precarização do trabalho e impede o acesso aos direitos concedidos aos servidores estatutários, ocasionando numa mesma unidade de saúde, ganhos diferentes, motivações diferentes, com resultados diferentes dos desejados pela população, além de trazer dificuldades para a gestão do sistema de serviços de saúde.

Existe hoje no Brasil uma mobilização em torno da melhoria da gestão do trabalho, que apresenta entre suas políticas prioritárias a desprecarização do trabalho, via regularização do vínculo e a criação de um Plano de Cargo Carreiras e Salários - PCCS-SUS (BRASIL/MS, 2007).

A resolução dessa situação bem como a materialização de um ambiente de trabalho saudável fará com que os trabalhadores realizem seus trabalhos de forma eficiente e eficaz contribuindo para o alcance das metas estratégicas do SUS Cuiabá (CUIABÁ, 2007).

5.2.1 – A ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DO SUS CUIABÁ

A rede de serviços de saúde municipal, segundo BERTÚLIO (2000), se estruturou em 1957 com a criação da Fundação de Saúde de Cuiabá, e contava com apenas 10 (dez) postos de saúde e um Pronto Socorro. Os postos de saúde ofereciam consultas médicas, não priorizavam a prevenção de doenças e nem se preocupavam com ações que pudessem prevenir o meio ambiente. Não eram ofertadas consultas especializadas e nem atendimento rural.

Essa rede de saúde tão incipiente dificultou e dificulta até hoje as ações de promoção e a atenção à saúde em Cuiabá, pois no período de implantação do SUS em Cuiabá, o município fez sua habilitação com dificuldades estruturais em consequência dessa rede, como afirma um dos entrevistados.

“Mato grosso (...) início da implantação do sistema único de saúde, na formatação das idéias, totalmente desprovido de unidades públicas existiam pequenas é uma pequena participação do setor publico, você tinha alguns

postos de assistência médica do INAMPS nas maiores cidades, Cuiabá, Rondonópolis, Cáceres, Barra do Garças instituições falar publicas você tinha o Pronto Socorro que era muito pequena sua capacidade resolutive, você tinha o sanatório Julio Muller, ai em processo de transformação para o hospital universitário Julio Muller, mas ainda bastante incipiente,tinha o hospital Aduino Botelho um hospital do estado voltado única e exclusivamente para a situação da saúde mental (...) .então de repente nós (...) procuramos implantar todos os princípios de justiça que o SUS encena em cima de uma rede habitua (...) totalmente incipiente incapaz de qualquer tipo de resposta eficaz” (E.4).

Hoje se pode evidenciar que a rede de serviços está organizada hierarquicamente de forma a cobrir a Atenção Básica e a Atenção Especializada.

Tabela I – Número de unidades de saúde da atenção básica segundo regional e população

Regional	População	Centro Saúde	USF / ESF	Clínica Odontológica
LESTE	159.663	8	10 / 15	3
OESTE	128.281	7	9 / 13	1
NORTE	121.124	3	9 / 14	2
SUL	134.888	4	11 / 21	4
CUIABÁ	550.562	22	39 / 63	10

Fonte: Diplan/SMS-Cuiabá, construído para as conferências regionais 2009.

Tabela II – Número de unidades de saúde da atenção secundária segundo regional.

Regional	Policlínica	Núcleo de Reabilitação
LESTE	1	1
OESTE	1	2
NORTE	1	1
SUL	3	2
CUIABÁ	6	6

Fonte: Diplan/SMS-Cuiabá, construído para as conferências regionais 2009.

Atenção Especializada – Própria

- 9 Residências Terapêuticas
- 3 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)
- 1 Laboratório Municipal de Patologia Clínica (LACEC)
- 1 Serviço Ambulatorial Especializado (SAE)
- 1 Centro de Especialidades Médicas (CEM)
- 1 Pronto Socorro
- 1 Hospital

Atenção Especializada – Pública

SES/MT

- 1 Laboratório Central Estadual
- 1 Centro de reabilitação
- 1 Hospital

FEDERAL

- 1 Hospital Universitário

Atenção Especializada – Contratada

- 1 Laboratório de análises clínicas(AFIP)
- 36 serviços ambulatoriais de apoio, diagnóstico, terapêutico
- 13 Hospitais Privados

O SUS Cuiabá, possui cadastrados no Cadastro Nacional Estabelecimentos Saúde (CNES) 1.828 leitos hospitalares (3/1000 leitos/habitante) dos quais 62,8% são vinculados ao SUS. Dos leitos SUS (públicos e contratados/conveniados), 29,5% são em clínica cirúrgica, 23,0% em clínica médica, 10,1% em obstetrícia e 17,4% em pediatria. Dos leitos de UTI cadastrados no CNES (229), 7,5% eram para adultos, 1,6% para pediatria e 3,4% para neonatologia. No total dos leitos vinculados ao SUS, 8,6% eram leitos de UTI (CUIABÁ/SMS, 2008).

A rede de serviços está organizada hierarquicamente o que não contraria em nada a forma como o SUS foi pensado em sua gênese, isso traz conseqüências

para os sistemas de serviços de saúde, pois dificulta uma ação mais flexível, intersetorial, horizontal que possibilite maior resultado e acesso a população.

Nesse sentido, se a forma como a rede de serviços está organizada dificulta o alcance de melhores resultados e de maior acesso da população, é importante que haja no município estudos que viabilizem a superação dos modelos de atenção fragmentado e centrado em práticas curativas e individualistas e proponha outras práticas que busquem a integralidade da atenção a saúde. Esse caminho passa por uma gestão pública eficiente, comprometida com melhores resultados para a saúde e nesse sentido pode-se afirmar que a SMS possui as condições estruturais, técnicas e financeiras para fazer essa superação.

Enfim, as características apresentadas até agora, relativas a participação do gestor nos espaços de co-gestão, à condição da gestão do sistema, o financiamento da saúde, a estrutura relativa aos trabalhadores e a rede de serviços de saúde, demonstram que o município possui condição de comandar o Sistema de Serviços de Saúde de Cuiabá.

5.2.2 – ESTRUTURA ORGANIZACIONAL, PLANEJAMENTO E CAPACIDADE GERENCIAL.

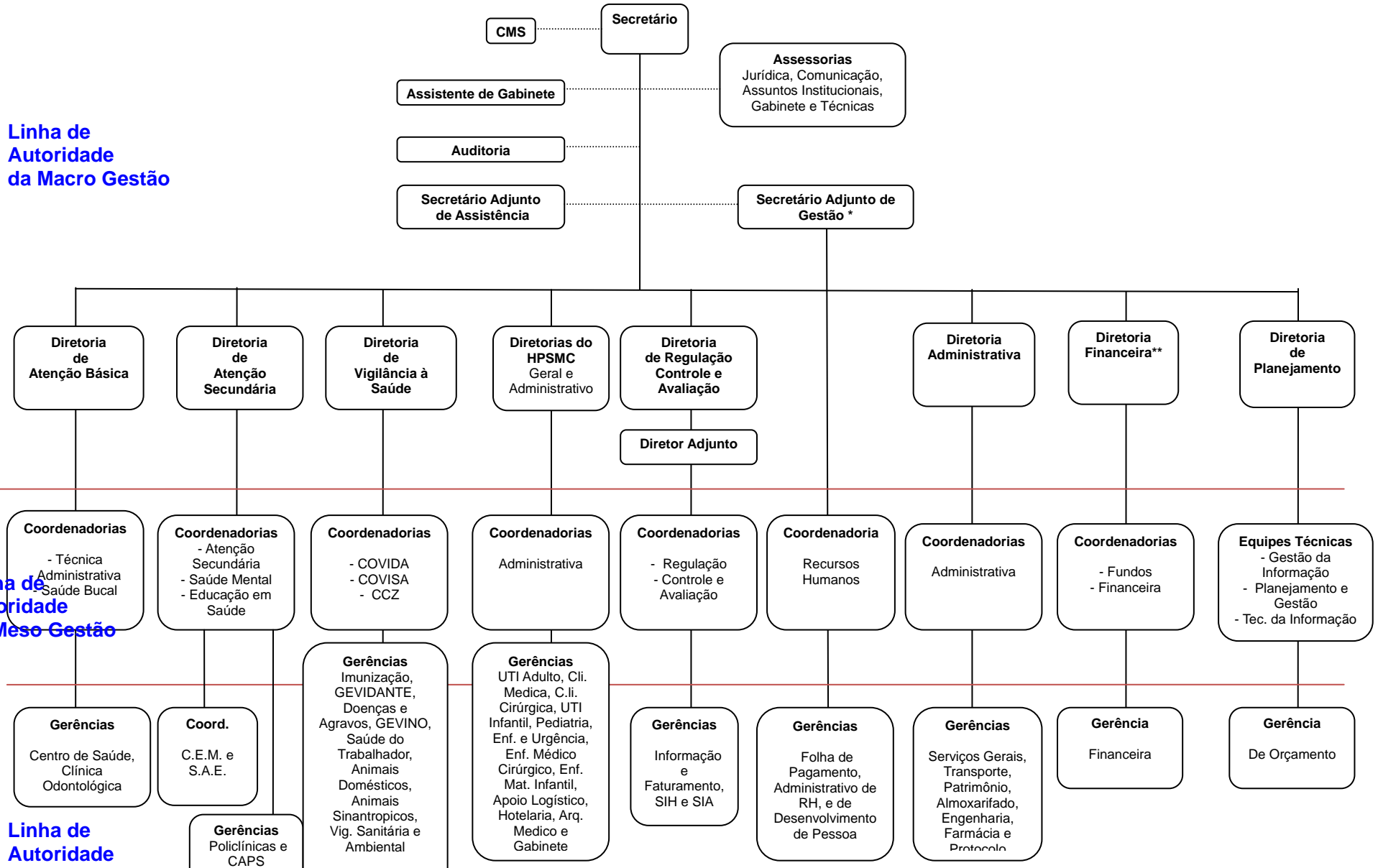
Entender a estrutura organizacional da SMS de Cuiabá é importante, pois segundo MINTZBERG (2006), a estrutura de uma organização pode ser definida simplesmente como a soma total das maneiras pelas quais o trabalho é dividido em tarefas distintas e, depois, como a coordenação é realizada entre essas tarefas.

A discussão sobre administração durante anos afirmava que uma boa organização era baseada em regras e hierarquia rígida de autoridade. Recentemente se defende que o designer de uma organização acrescenta entre outras coisas, planejamento em longo prazo, estrutura matricial e agrupamento de fatores situacionais, permitindo flexibilidade (MINTZBERG, 2006).

Quanto maior a organização mais ela tende a criar unidades de assessoria de diferentes naturezas. Os mecanismos de coordenação são em número de cinco, em geral, e podem ser assim representadas pelas partes: Cúpula Estratégica, Linha

Intermediária, Núcleo Operacional, Tecnoestrutura, Assessoria de Apoio (MINTZBERG 2006, p.22).

A Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde, segundo a Lei complementar n.º 94 de 03 de julho de 2003, apresenta os seguintes órgãos: Direção Superior – Secretário; Assessoramento Superior - Assessoria - Gerência Superior - Diretor Executivo; Execução Programática – Diretorias, Coordenadorias, Gerências; Administração Sistêmica – Diretorias, Coordenadorias, Gerências. Podendo ser assim representada, pela Figura I:



Linha de Autoridade da Macro Gestão

Linha de Autoridade da Meso Gestão

Linha de Autoridade da Micro Gestão

Nesse sentido, comparando a divisão organizacional proposta por MINTZBERG (2006) que a divide em cinco partes e a atual Estrutura Organizacional da SMS, verifica-se que a estrutura da secretaria organizou a divisão do trabalho em três partes, conforme apresentada no quadro 1.

Quadro II: Comparação de Estruturas Organizacionais

Estrutura Organizacional- MINTZBERG	Estrutura Organizacional – SMS
Cúpula Estratégica (Conselho de administração, Presidente, Comitê executivo, Assessoria do presidente)	Nível Estratégico - Direção Superior (Secretário, Conselho Municipal de Saúde) Execução Programática - Secretário Adjunto de Gestão, Secretário Adjunto de Assistência, Diretorias Ouvidor Geral do SUS,
Linha Intermediária (Vice-Presidentes, Gerentes Regionais, Gerentes distritais, encarregados)	Nível Tático - Coordenadorias (coordenadores, gerentes de programas especiais)
Núcleo Operacional (Operadores, compradores, vendedores, pessoal de expedição)	Nível Operacional - Gerências de unidades de saúde, de unidades de nível central, Protocolo Central.
Tecnoestrutura (Planejamento Estratégico, Treinamento Pessoal, Pesquisas, Estudos de Produção, Pessoal escritório, Controle)	-
Assessoria de Apoio (Consultoria Jurídica, Relações públicas, folha de pagamento, recepção, protocolo central, restaurante)	Assessoramento Superior - Assessorias Auditoria, Assessoria de Comunicação, Assessoria Jurídica Assistente de Gabinete

Fonte: criação da autora, com base em Mintzberg

Esse quadro demonstra que a SMS, apesar de apresentar somente três linhas de coordenação, diferente, portanto das cinco (5) linhas previstas por MINTZBERG (2006) para as organizações de grande porte, possui os setores relacionados àqueles previstos nas linhas da tecnoestrutura e Assessoria de Apoio. Esses setores estão distribuídos pelos níveis estratégicos, tático e operacional. Por exemplo, o Planejamento que constitui função assessora, na SMS está localizado na linha de mando da secretaria como as demais diretorias. Numa primeira análise do quadro, pode-se entender que essa forma de se estruturar organizacionalmente em nada prejudica a organização.

Analisando dessa maneira a impressão que fica é a de que todos os fluxos e inter-relacionamentos das diferentes partes estão garantidos, mas MINTZBERG (2006, p. 20), afirma que à medida que a organização cresce e adota uma divisão mais complexa entre seus operadores, aumenta a necessidade de supervisão direta, sendo necessária a contratação de mais gerentes. Aumenta também a necessidade de padronização para coordenar o trabalho, a qual deve ser feita, na opinião do autor, pelos assessores. Esses analistas formam o grupo de assessores que compõem a tecnoestrutura e estão posicionados fora da hierarquia, da linha de autoridade formal e influenciam o núcleo operacional indiretamente.

A tese da organização em cinco partes elenca, na cúpula estratégica, as pessoas com responsabilidade global da organização. Elas são encarregadas de assegurar o cumprimento da missão de modo eficaz e atender as necessidades daqueles que detêm poder sobre a organização, nesse caso, os sujeitos do SUS (gestores, trabalhadores, conselheiros, usuários, prestadores de serviços, fornecedores). Isso envolve as obrigações de supervisão direta, administração das condições de fronteiras - suas relações com o meio ambiente e a formulação das estratégias.

Na linha intermediária, composta por aqueles que MINTZBERG (2006, p. 185) denominou de “gerentes dos gerentes (...) é criada uma linha de autoridade entre o núcleo operacional e o ápice estratégico” e várias tarefas são desempenhadas, entre elas a coleta de informações sobre o desempenho, que intervém no fluxo de decisões e formula estratégias para a sua unidade. Na SMS essa linha é denominada de nível tático onde estão os coordenadores de unidades de saúde, coordenadores das diretorias.

O autor esclarece ainda que quando a organização se torna mais complexa, ela precisa de outro grupo de pessoas, o qual chama de analistas. Os analistas desempenham tarefas administrativas como: planejar e controlar formalmente o trabalho dos outros, numa perspectiva de “auxiliá-los”. Esse grupo forma o que ele denominou de tecnoestrutura, linha que possui autoridade para afetar o trabalho das outras partes da organização podendo desenhá-los, mudá-los ou treinar as pessoas que executam o trabalho. Usam suas técnicas analíticas para tornar o trabalho de outras pessoas mais eficaz (MINTZBERG, 2006).

Nesse sentido, é possível inferir que a Diretoria de Planejamento ao pertencer ao nível estratégico da SMS, está acumulando tarefas de mando e de assessoria. Em outras palavras, está na cúpula estratégica, responsável pelas grandes decisões, que após serem definidas precisam ser executadas, só que a diretoria não está estruturada para a execução e sim para desempenhar tarefas relacionadas aos analistas relacionadas com controle de sistemas e métodos (que padronizam os processos de trabalho) e com o planejamento e controle (planejamento, controle de qualidade, programadores de produção, contadores), preparando através do planejamento estratégico a organização para enfrentar as transformações e mudanças presentes no mundo moderno. Com isso o desenho dessa estrutura organizacional demonstra que foi pensada a partir de motivações vinculadas a pessoas definidas e retribuição econômica direta, conforme preceitua TOBAR (2002).

O autor afirma ainda que o modelo de divisão de trabalho de uma organização deve considerar fatores como a missão, o contexto e a tecnologia. O organograma, portanto é a representação gráfica do seu modelo de divisão e coordenação de tarefas.

Com isso concorda-se com CALHAO (2008), quando baseando-se em MINTZBERG (2006), afirma que o desenho organizacional da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá (SMS) tem características de uma administração tradicional, com ênfase na centralização das decisões e mecanismos rígidos de controle, misturando burocracia mecanizada com profissional.

“Mas que por ser uma organização de saúde apesar de possuir um desenho organizacional tradicional, hierarquizado, trata-se de uma burocracia profissional. Nesse sentido, o desenho organizacional da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá (SMS) tem Características de uma administração tradicional, com ênfase na centralização das decisões e mecanismos rígidos de controle, semelhante à burocracia mecanizada, como classifica MINTZBERG (2006). Vista por este prisma a SMS se configura como uma organização antiga, com raízes burocráticas tradicionais profundas, embora não seja um desenho puro, percebida pela convivência das burocracias mecanizada e profissional” (CALHAO, 2008, p.110).

Isso dificulta então as definições das prioridades por parte do planejamento participativo, que até as identifica, mas não consegue executá-las, pois as decisões estão centralizadas e/ou acontecem em momentos e instâncias diferentes.

Dessa forma, as atribuições próprias da Tecnoestrutura, também ficam prejudicadas, pois o desenvolvimento de tarefas relacionadas ao planejamento e ao controle da programação e de resultados, na SMS/Cuiabá, são dificultadas pela centralização das decisões e da administração tradicional, impedindo os inter-relacionamentos entre as partes da organização e a efetivação do processo de planejamento.

Com relação ao processo de planejamento pode-se afirmar que o Plano Municipal de Saúde de 2006 a 2009 definiu como missão: “Garantir o direito à saúde do indivíduo e da coletividade de forma humanizada no município de Cuiabá, através da gestão e do gerenciamento público eficaz das ações e serviços de saúde” (CUIABÁ, 2006). E como objetivos/metasp até dezembro de 2009: elevar a expectativa de vida da população cuiabana de 70,3 anos para 71,9 anos e elevar o grau de satisfação do usuário do SUS/Cuiabá de 59,4% para 70,0%.

As evidências das análises documentais apontam que o Plano Municipal de Saúde foi construído a partir da participação de diferentes atores: representantes do CMS, trabalhadores e gestores. Dessa forma, a Diretoria de Planejamento tentou estabelecer co-responsabilidades, vínculos solidários entre as diretorias e garantir a participação coletiva na construção do plano conforme preceitua os princípios e diretrizes do SUS (CUIABÁ, 2006).

O mesmo procedimento foi adotado para a elaboração dos Planos de Trabalhos Anuais (PTAs). Foram consideradas as medidas e metas estratégicas definidas no Plano Plurianual de 2006 a 2009 que visam atingir os objetivos institucionais propostos bem como a sua missão. As medidas e metas estratégicas foram definidas em razão da situação de saúde apresentada no município, e tiveram como subsídios os seguintes documentos: os Planos de Saúde Nacional, Estadual, o Plano de Governo Municipal, Relatório Final das Conferências Estadual e Municipal, as Metas do Milênio e os indicadores de saúde, obtidas através dos diversos sistemas de informações em saúde (CUIABÁ, 2008).

O processo de acompanhamento e de avaliação dos resultados das metas e ações, da SMS, ainda é incipiente. A análise documental revelou que ele iniciou em 2003, teve seu apogeu em 2005 e está em declínio desde 2006 em consequência das intensas mudanças de gestores que vem ocorrendo na organização (seis vezes em três anos). O processo como se dá não contempla a sistemática de acompanhamento definida pela organização, nesse sentido não está havendo o re-planejamento das ações planejadas (CUIABÁ, 2008).

Em abril de 2007 foram realizadas oficinas para disseminação do Pacto pela Saúde e construção do Termo de Compromisso de Gestão do Município de Cuiabá e seus anexos: Termo de Cooperação entre Entes Públicos, Termo de Comando Único e Termo de Limite Financeiro Global. Foram realizadas 05 oficinas em parceria com técnicos do Ministério da Saúde, do grupo de trabalho do Pacto da Secretaria de Estado de Saúde (SES), do Escritório Regional de Saúde da Baixada Cuiabana (ERSBC) e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) (CUIABÁ, 2007).

O planejamento da SMS vem obedecendo aos princípios legais do SUS, tem uma equipe estruturada e utiliza o Planejamento Estratégico pelas Diretrizes como instrumento de gestão da SMS. Utiliza também para melhorar a gestão da SMS/Cuiabá o Programa GESPÚBLICA do Governo Federal responsável desde 2004, pelo fornecimento da ferramenta de Auto-avaliação da Gestão.

Anualmente a SMS é submetida à apreciação dos avaliadores externos do Núcleo Estadual do GESPÚBLICA e segundo o documento que validou a auto-avaliação de 2008, o Nível de Gestão da SMS “apresenta práticas nos primeiros estágios de desenvolvimento e implementação, existindo lacunas significativas na aplicação da maioria delas. Começam a aparecer alguns resultados decorrentes da aplicação das práticas implementadas, com algumas tendências favoráveis” (CUIABÁ, 2008).

Os achados revelam ainda que a SMS apresenta algumas forças no seu processo de formulação de planejamento. Dentre elas cita-se o desenho do Plano Municipal que possibilitaria aos gestores utilizá-lo como uma ferramenta de gestão, uma vez que contribui para a redução da alienação, pois deixa claro o caminho

(objetivos e metas), como alcançá-lo (medidas estratégicas) e como acompanhá-lo (indicadores de acompanhamento e de resultados).

A formulação do plano resultou num

“(...) processo de amadurecimento dentro do SUS Cuiabá que foi quando nós iniciamos o planejamento né na primeira gestão do secretário L.S. que foi de 2001 a 2004, foi um passo de amadurecimento importante” (E.6).

Nesse sentido o plano, respondeu a aquilo que PAIM (2006) chamou de modo de explicitação do que vai ser feito, quando, onde, como e para que, possibilitando uma interface com a política de saúde.

A preocupação com o levantamento dos problemas a partir do perfil epidemiológico de Cuiabá e com a garantia da participação dos trabalhadores de todos os níveis da organização e dos conselheiros municipais, pode ser entendido também como uma outra força.

Entretanto, o Plano Municipal de Saúde não conta com a adesão devida do nível estratégico da secretaria, o que contribui para que o processo de planejamento hoje instituído na SMS não mobilize os trabalhadores para a sua execução e com isso o plano de fato não acontece, conforme planejado.

“(...) a gente coordena um processo que é em torno de uma necessidade que é em cima de indicadores, de problemas de saúde, vamos dizer assim. masss na realidade eu acho que não é o que acontece no corpo inteiro, nas decisões inteiras do nível estratégico ou mesmo nos outros níveis éé.. haja vista que aí cada diretor inventa uma coisa no meio do caminho né, ou inventa ou o ministério impõe também algumas coisas...” (E.6)

Nesse caso o Planejamento está desvinculado da Implementação, o plano não se constitui em instrumento de gestão para a cúpula estratégica e nem mesmo acontece o seu acompanhamento como instituído pela organização, pois as vontades não se conciliam no âmbito da cúpula estratégica, e nem entre esta e os demais níveis da organização.

“(...) o Plano não foi uma prioridade... Acho que nada pode ser muito solto, eu acho que tem que ter caminho trilhado, agora aqui o negócio é muito solto cada um faz o que pensa, de orelhada(sic), essas coisas” (E.3).

Percebe-se assim, que essa desconexão entre o que foi planejado e, portanto registrado no Plano como um compromisso assumido por todos os que participaram do processo e sua execução, possibilitou uma descrença no processo de planejamento da SMS e motivou o abandono dos compromissos assumidos no Plano Municipal de Saúde, contribuindo para que cada segmento escolhesse um caminho diferente do planejado.

Somente com a compreensão de planejamento e sua implementação, como processos interligados, é que garantirá o êxito na elaboração e execução das diretrizes, que podem ser vistas como um processo de mudança organizacional contínua para adaptá-las às novas condições ambientais que surgem durante a execução. (MOTTA,2004)

Fica evidente também a ausência na alocação dos recursos para as ações planejadas; planejamento e orçamento estão desconectados. Nesse sentido, durante a análise dos Planos de Trabalho Anuais dos últimos quatro anos (2005-2008), pode-se perceber que os formulários adotados possuem local destinado para registro do valor de cada ação ali definida como prioritária e que os campos estão vazios, evidenciando, portanto que a SMS ainda não conseguiu interligar plano municipal, orçamento e financeiro.

Uma contribuição para a não implementação do planejado, diz respeito ao fato de não serem priorizados recursos para as ações propostas no Plano de Trabalho anual,

“... o planejamento, o que a gente consegue observar (...) que o orçamento né, num são amarrado ainda no (...) é você planeja o negócio mas o negócio num ta amarrado ...acaba que no decorrer do ano, vai aparecendo outras coisas, gasta dinheiro em outras coisas tem outros gastos e o planejamento não foi o priorizado pela gestão”(E.3).

Portanto, há uma desconexão entre o planejamento e sua implementação e entre a lei orçamentária anual (LOA) e a execução orçamentária, o que para MOTTA (2004) contribuiu para criar na organização falsos argumentos para justificar a continuidade de práticas de gestão, que possibilitam uma resistência a inovação na forma de gerenciar, e na permanência da tendência a apegar-se ao conhecido e experimentado, oportunizando a burocracia e a ineficiência dos serviços.

Essa desconexão precisa ser corrigida no sentido de que os planos anuais sejam orçados e a execução orçamentária e financeira respeite as ações planejadas, aproximando assim a implementação do planejamento e quebrando um pouco a resistência, hoje existente, ao ato de planejar, como também possibilitando a inovação.

É importante pensar sobre a forma como o Planejamento Estratégico foi criado dentro da organização. Essa forma pode ter possibilitado a configuração de um sistema administrativo de planejamento que gera uma rede burocrática de planejamento, reflexo da época em que a visão predominante na teoria administrativa ainda era de explorar ao máximo as dimensões racionais evitando-se ambigüidades que surgiam no meio ambiente. Essa visão,

“valorizava o aperfeiçoamento de métodos racionais de ação administrativa para produzir maior eficiência e eficácia na antecipação de mudanças. O planejamento estratégico viria então preencher a necessidade de utilização métodos mais racionais e analíticos na criação de futuros alternativos” (MOTTA, 2004, p.85).

A consequência disso é o contraste entre a idéia do planejamento estratégico tradicional e o moderno planejamento estratégico, como ele é visto hoje. O moderno planejamento estratégico amplia a visão da organização pensando-a num contexto maior, social, econômico e político; contribuiu para que a organização visualize a sua ação em longo prazo, instituiu novos métodos analíticos para se definir o futuro, não mais praticando isoladamente as previsões por estudos de tendências, séries históricas e extrapolações estatísticas. Cria-se na gerência a idéia de planejamento e avaliação como dimensões ambientais e não como algo ocasional, rotativo e de periodicidade regular: anual, bianual, quadrienal (MOTTA, 2004).

Nessa linha de pensamento, pode-se afirmar que o processo de planejamento no Sistema de Serviços de Saúde de Cuiabá, apesar de ser denominado estratégico é ainda tradicional, portanto, praticado timidamente e fragmentadamente, reflexo da forma como esse instrumento sempre foi utilizado no Brasil e no SUS.

As áreas de planejamento no SUS ainda estão enfrentando na atualidade, entre outras dificuldades uma resistência visível aos processos de planejamento estratégico, que buscam modernidade e inovação. Soma-se a isso ainda as dificuldades naturais de se planejar numa organização complexa como as de saúde que se configuram como estruturas de burocracia profissional onde o nível operacional é parte chave da organização, mas desconhece o Plano Municipal de Saúde e os Planos de Trabalho anuais.

Logo, aspectos como: a forma que se toma decisões na SMS, a forma como está pensada a sua estrutura organizacional, a forma como estão desconectados os atos de planejar, implementar e avaliar as ações estão fomentando oportunidades de se manter dentro da organização resistência a tecnologias de inovação gerencial.

Fomentam ainda fragmentação e descontinuidade das ações planejadas, dicotomia entre o discurso e a prática, ou seja, no discurso pode-se perceber o “orgulho” de se ter um Plano Municipal estrategicamente pensado e na prática a implementação de ações escolhidas a partir de práticas gerenciais tradicionais, que não produzem os resultados esperados e previstos pelo Plano de Saúde, que por sinal está esquecido nas gavetas e portanto longe dos trabalhadores que operacionalizam as ações do serviço de saúde local, impedindo o alcance das metas pretendidas.

Os relatórios de resultados (2008, 2007, 2006) da SMS e o documento relativo a indicadores de acompanhamento do PTA e SISPACTO (Sistema de informação Pactuação) demonstram a impossibilidade de alcance de grande parte das metas anuais previstas, sendo que neste último, das 103 metas previstas para 2008, 84 não foram atingidas.

Assim, considerando que o Planejamento seja um grande instrumento de gestão, ele não pode se utilizado nesse sentido somente como um meio de cumprimento de normas e alocação de recursos, uma vez que se trata de uma ferramenta poderosa para melhorar do processo de gestão focada em resultados e garantia de direitos.

Nesse sentido, o Planejamento Estratégico da SMS/Cuiabá não pode ser visto pela sua cúpula estratégica como uma atividade clássica de planejamento, delegável a uma comissão ou grupo de Diretores, uma vez que constitui uma responsabilidade do mais alto nível de gestão, sobre o qual recai a maior culpabilidade pelos rumos da secretaria (MOTTA, 2004).

A SMS/Cuiabá obteve avanços no processo de planejamento, pois anos atrás o método adotado era do planejamento normativo,

“... efetivamente de planejamento era aquela coisa muito normativa (...) a gente tinha que fazer o planejamento né, então era aquela coisa senta EU e TÚ, TÚ e EU e escreve o planejamento (...) eu lembro que eles faziam parte do planejamento eles faziam planejamento normativo e na época até na gestão do (...) tentou-se montar algum planejamento, chamava planejamento ascendente, mas no fritar dos ovos era de fato, verdadeiramente aquele planejamento normativo centrado nas idéias e nas necessidades de quem estava fazendo e que achava que era (...)” (E.2).

Portanto, a SMS/Cuiabá ainda conserva diversos traços dessa forma tradicional e histórica de planejar, daí adotar um planejamento estratégico mais tradicional, que conforme MOTTA (2004) possibilita um olhar mais focado no preenchimento da necessidade de utilização de métodos mais racionais e analíticos na criação de futuros alternativos.

“(…), por exemplo, agora ta acontecendo quer dizer a gente já ta fazendo análise de que vai ser disponível do que vai ter no próximo (...) o que a gente vai ter inicialmente o que vai ter durante o ano todo só, então daí vai sair à decisão do que a gente vai fazer, com , onde que vai ser investido (sic)” (E.5).

Enfim, no que se refere ao processo de planejamento, existem todas as condições para que convivam juntas novas e velhas praticas de gestão, isto porque o PMS Plurianual de Cuiabá traz a sua missão, os objetivos de longo prazo, as metas estratégicas, porém o processo de tomada de decisões está atrelado à quantidade de recursos e não a visão de longo prazo que se pretende atingir. Assim, seja qual for o

método de planejamento estratégico utilizado pela SMS de Cuiabá ou qualquer outro método que venha a ser adotado há grande chance de continuar esquecido e/ou desconhecido pela maioria, se persistir essa situação.

5.2.3 – CAPACIDADE DE GESTÃO

Complementarmente, para a análise desse item, necessário se faz verificar a atual capacidade gerencial da Secretaria Municipal de Saúde, uma vez que para fazer gestão, os dirigentes do mundo moderno, sejam eles de organizações públicas ou privadas, precisam possuir habilidades para bem exercerem as suas funções e atribuições.

Com isso o quadro II, foi elaborado com a intenção de permitir melhor visualização das sub-categorias apresentadas e facilitar a sua análise.

Quadro III: Caracterização da cúpula Estratégica segundo tempo de atuação na saúde, tempo de serviço, graduação e vínculo institucional.

Sexo	Nível Educacional	Tempo de Formado	Tempo de atuação na Saúde	Área de atuação	Tempo de Serviço na Instituição	Graduação	Pós-Graduação	Vínculo Com a Instituição
Masc.	Superior.	2 anos.	5 anos	CMS	6 anos	Sociologia Filosofia	Especialização em Gestão da Saúde Pública pela UFMT	Conselheiro.
Fem.	Superior	25 anos	24 anos	N.E /SMS	24 anos	Enfermagem	Especialização em Planejamento e serviços de saúde pela ESP-RJ Especialização em Enfermagem do Trabalho pela UFMT Concluindo especialização em Auditoria de Serviços de Saúde?	Estatutária
Masc	Superior	11 anos	9 anos	N.E /SMS	4 anos e meio	Medicina	Especialização em medicina Intensiva pela AMIB Superior	DAS
Masc.	Superior	36 anos	34 anos	N.E /SMS		Medicina	Residência em Neurologia Clínica Especialização	Estatutário
Masc.	NívelMédio	Não informou	5 anos	N.E /SMS	1 ano	2º grau completo	Não possui	DAS
Fem	Superior	26 anos	25 anos	N.E /SMS	22 anos	Enfermagem Obstétrica	Especialização em Saúde Pública pela UFMT Mestrado e Doutorado em Saúde Pública na área de Epidemiologia pela USP/SP	Estatutária
Masc.	Superior	22 anos	20 anos	N.E /SMS	23 anos	Cirurgião Dentista	Especialização em saúde Publica Especialização em Vigilância em Saúde pela FIOCRUZ Mestrado em Saúde Coletiva pela UNIC	Estatutário
Masc.	Superior	Não informou	6 anos	N.E /SMS	5 anos	Direito	Não informou	DAS
Fem.	Superior	Não informou	5 anos	CMS	6 anos	Direito	Não informou	Conselheira
Fem	Superior	19 anos	19 anos	N.E /SMS	15 anos	Enfermagem	Não informou	Estatutária
Masc	Superior	Não informou	6 anos	MS	6 anos	Administração	Não possui	Conselheiro
Masc	Superior	29 anos	26 anos	N.E /SMS	Não informou	Medicina	Cursando MBA em gestão estratégica	Estatutário

Fonte: Entrevistas realizadas/ Criação da autora **Legenda:** NE/SMS – Nível Estratégico da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá

As categorias utilizadas para essa categorização foram: sexo, nível educacional, área de atuação, tempo de atuação na saúde, tempo de formado, tempo de serviço na instituição, graduação, pós - graduação e vínculo com a instituição.

Os dados demonstram que os entrevistados, com relação ao sexo, em sua maioria são do sexo masculino (oito), prevalecendo tanto no nível estratégico como do conselho municipal de saúde a presença masculina. A formação profissional é quase que total de profissionais de nível superior sendo: dois advogados, três médicos, três enfermeiras, um administrador, um dentista, um sociólogo, um nível médio.

O vínculo empregatício apresentou seis efetivos na carreira, servidores da prefeitura. Destes alguns são efetivos também no Estado de Mato Grosso, três ocupam cargo de DAS somente e três são conselheiros de direito, sendo que um deles é funcionário da prefeitura e está cedido para o escritório regional da baixada cuiabana.

Trata-se de um grupo maduro, no que diz respeito ao tempo de formação profissional e experiência com o trabalho na saúde. A maioria dos entrevistados possui mais de 10 anos de formado, sendo que cinco estão com mais de 20 anos de formados e trabalhando com saúde pública. O entrevistado que apresenta maior tempo de formação possui 36 anos de formado e o de menor tempo 2 anos.

O grupo apresenta grande conhecimento intelectual (quase todos possuem especialização na área de saúde ou na sua área de formação), experiência adquirida e possui prática profissional de muitos anos. Com base nos relatos colhidos e na crença de que o conhecimento acumulado do funcionamento do SUS e das suas diretrizes são pontos a favor dos gestores na resolução de problemas é que se pode afirmar que é positivo para o sistema de saúde de Cuiabá, que metade do grupo pertence ao quadro efetivo da organização.

Nesse sentido, o grupo possui experiência em gerenciamento da política de saúde, e possui membros que vêm construindo historicamente o Sistema de Serviços de Saúde de Cuiabá. Essa construção está assegurada e soma-se ao capital intelectual da organização e ao sistema como um todo. Dentre os depoimentos colhidos encontra-se alguns que comprovam esse fato:

“(...) fui da equipe de supervisão é da Secretaria de Estado como da equipe de municipalização da saúde do SUDS na época e depois do início do SUS, é iniciando o processo de municipalização nas cidades de Mato Grosso” (E. 7).

Nesse sentido, pode-se inferir que sendo a área de saúde uma área que possui muitas especificidades, problemas multidimensionais e multicausais o que exige um profissional preparado para enfrentar incertezas, para controlar e ao mesmo tempo dar autonomia, essa experiência demonstrada pela maioria do grupo pode ajudar os gestores a desempenhar bem suas funções e produzir melhores resultados para a SMS/Cuiabá.

Outro aspecto positivo é o fato dessa vivência possibilitar também uma maior experiência para a definição das prioridades e para a tomada de decisão, pois já que gerenciar é diferente de administrar (TOBAR, 2002), quanto maior capacidade gerencial os gestores tiverem acumulado ao longo dos anos trabalhados, mais exitosa será a experiência para exercer sua liderança

Com relação à Experiência Profissional/Gestão Pública – todos exerceram e ou exercem atividades em suas áreas específicas de formação. Os diretores que são também servidores efetivos da saúde relatam que já trabalharam com atenção à saúde em unidades básicas de saúde e em programas específicos. Trabalharam também com supervisão de ações, com vigilância sanitária, com sistemas de informação, gerenciando unidades, programas especiais, auditoria do SUS, controle e avaliação e ocupando cargos de assessoramento superior. Três deles já foram Secretários de Saúde em outros períodos, inclusive um deles foi Secretário Estadual de Saúde. Dois já ocuparam cargo de Secretário Adjunto na SMS Cuiabá e um deles foi Secretário de Governo do Município.

“(...) Ao longo desses 25 anos de atividade pública né, eu já passei por experiências tanto no campo assistencial, como no campo gerencial né” (E.2).

Nesse sentido, as evidências da pesquisa apontam um resultado diferente de CALHAO (2008), onde a sua amostra demonstrou que:

“Os resultados sugerem que, embora a maioria dos entrevistados tenha formação superior, tempo de serviço e experiência em gestão do SUS, os ocupantes dos

cargos mais elevados da cúpula estratégica (macro gestão), em particular, são novos na função ocupada, e com pouca experiência em gestão pública, especialmente em gestão de um sistema público de saúde, sendo estes, na perspectiva da autoridade formal, os responsáveis pela tomada de decisão mais estratégica da organização” (CALHAO, 2008,P.105).

A experiência em gestão pública apresentada pelos dirigentes deve de alguma maneira facilitar a tomada de decisão mais estratégica da organização. Percebe-se uma boa formação técnica, e grande desenvolvimento da capacidade intelectual o que possibilita ao grupo estudado fazer análises, julgamentos, decompor problemas administrativos, identificar variáveis fundamentais, estabelecer relações de causa e efeito na busca de novas soluções, definir objetivos globais, prioridades, alternativas de ação e tomada de decisão, conforme afirmam MOTTA(2004) e TOBAR(2002).

Referente aos entrevistados que ocupavam somente cargo de assessoramento superior- DAS, pode-se ressaltar que um deles possui larga experiência na vida política partidária, já ocupou cargo eletivo de Deputado Estadual, de Vice Prefeito e na gestão pública, já ocupou cargo de Secretario Municipal de Saúde.

Com relação aos entrevistados ligados ao controle social, estes apresentam experiência na área pública referente à militância em outros conselhos de direito e/ou ONG, estão todos em segundo ou terceiro mandato do conselho. Entre os conselheiros entrevistados uma é servidora publica efetiva do município, e os dois demais vêm dos movimentos sociais, um deles possui experiência também de gestão no setor privado.

Todo o grupo tem experiência com gestão pública, sendo que a maioria, (9 entrevistados), só com gestão pública, e os demais possuem também experiência com gestão privada. Tem ainda experiência e entendimento acerca do trabalho operacional da organização e das dificuldades que são enfrentadas no dia a dia pelos trabalhadores que estão na ponta do sistema.

Com relação ao trabalho finalístico da organização, importante lembrar que ele acontece no nível operacional ou também chamado por GARCIA (2001), de

nível da micro gestão, que é o lócus da organização de serviços, estabelecimentos, programas e projetos de saúde. É ainda o lugar onde os profissionais de saúde entram em contato com as pessoas que recorrem ou que necessitam dos seus serviços. Nesse nível de atuação qualquer gestor de sistema de saúde deve buscar a efetividade e a qualidade dos serviços sempre associadas à eficiência.

Nesse sentido, com relação à capacidade gerencial encontrada na SMS/Cuiabá é possível afirmar que os sujeitos pesquisados possuem capacidade técnica suficiente para desenvolver um trabalho altamente participativo e de qualidade junto ao nível operacional da organização, proporcionando à sociedade uma melhor atenção à saúde.

Contudo, tal afirmação leva ao mesmo tempo para algumas perguntas: será que experiência e desenvolvimento intelectual são suficientes para conduzir pessoas aos objetivos determinados? Que capacidades interpessoais são necessárias aos gestores de escopo da organização para levarem todos a buscarem o mesmo caminho? Existem na organização programas de formação de gestores?

Com relação à capacitação, o grupo em sua maioria apresenta cursos de especialização e/ou residência médica na sua especialidade. Sete entrevistados apresentam títulos de especialistas em saúde pública ou área da saúde, uma apresenta títulos de mestrado e doutorado em epidemiologia, um possui título de mestre em saúde pública. Entre os conselheiros, um possui especialização em Saúde Coletiva, outro formação em controle social, e outra apresenta vários cursos relacionados à elaboração de leis, normas, decretos. Esse resultado demonstra, mais uma vez, que a maioria está preparada para discutir, analisar, e exercer as macro-funções da Gestão de Saúde, que são: de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria o que não garante, por exemplo, habilidades presentes nos profissionais formados para liderança e motivação de pessoas.

Os dados apontam em sentido diverso a esse, existe um sentimento de despreparo gerado pelo fato de não possuírem nenhuma capacitação e/ou curso de formação para gestor público, e segundo depoimentos, não se sentem totalmente preparados para exercer a função de gestores do sistema. O depoimento mais impactante nesse sentido foi esse,

“ (...) Eu acho que ela tem que treinar a gestão...Eu mesmo não sou um gestor (...) Estou aqui por acidente né, legal uma pessoa bem intencionada que quer ajudar mas eu não sou, (...) tô aprendendo né, muita coisa a gente ta aprendendo, mas ainda falta muita coisa pra caminhar né, muita coisa ainda acho que eles deviam priorizar o treinamento dos gestores (...)sei lá uma pós-graduação alguma coisa nesse sentido né acho que ajudaria bastante(...) me sentiria mais seguro com certeza mais seguro”(E.3).

DUSSAULT (1992) afirma que os tipos da organização e da gestão influenciam os gestores no setor saúde, em termos de conhecimento, de habilidades e também de atitudes, trazendo algumas exigências que devem ser respeitadas quando se gerencia um sistema de serviços de saúde. Afirma ainda o autor que os dirigentes do nível estratégico precisam aliar capacidade intelectual e interpessoal.

Levando em consideração essas afirmações, é possível inferir que capacidade técnica deve ser associada a capacidade gerencial, nesse sentido é necessário preparar os gestores para o gerenciamento do sistema e dos serviços de saúde, desenvolvendo e/ou ampliando suas aptidões para gerir de maneira que haja a condução das pessoas e não somente a administração de recursos e de interesses.

Nesse sentido, é legítimo esse sentimento de insegurança presente no depoimento do E.3, pois, sem preparo os gestores estarão mais propensos a fazer uma gestão centralizadora, fragmentada, hierarquizada, que não alcança os resultados desejados, com conseqüências desastrosas para o setor saúde, uma vez que essa pratica não leva a melhores resultados, não possibilita a participação popular e a efetividade no atendimento das necessidades da população, como é esperado por todos os atores envolvidos com o SUS.

MINTZBERG (2006) afirma que numa organização do tipo profissional, enfrentando um ambiente de grandes incertezas e complexidade, os gestores de nível estratégico precisam sim estar preparados para flexibilizar, para dar autonomia e também controlar, para antever o futuro, prever erros, escolher as melhores soluções e motivar o nível operacional para os resultados pretendidos.

Com isso, capacidade gerencial exige habilidades mais complexas, são elas: capacidade analítica, de julgamento, de decisão e liderança e de enfrentar riscos e incertezas. A capacidade gerencial se desenvolve através do aprendizado gerencial

que acontece, segundo MOTTA (2004), através dos conhecimentos sistematizados, mas também, pela incorporação de ensinamentos produzidos pela experiência individual, tanto interna quanto externa à organização em que trabalha.

Considerando o exposto, cabe inferir que apesar do grupo pesquisado demonstrar grande experiência no negócio que está gerindo, CALHAO (2008), baseada em MOTTA (2004) e MINTZBERG (2006), afirma que na SMS Cuiabá as decisões são tomadas pautadas no modelo de decisão organizacional, esclarecendo que esse é:

“(...) é um modelo que fortalece as decisões centralizadas, fragmentadas, hierarquizadas, subsidiadas por forte rigor normativo, o que é bastante reforçado pelo desenho hierarquizado do SUS e possibilita que seus integrantes sejam levados a tomar decisão e definir prioridades buscando a primeira decisão, quase sempre investido de pouca informação científica e muita experiência prática o que pode levar a decisões repetidas, pouco inovadoras” (CALHAO, 2008, p.113).

Pode-se ponderar que o tempo de trabalho na SMS Cuiabá, sem um investimento para ampliar a capacidade gerencial de seus gestores, pode contribuir para que o modelo de decisão organizacional perdure, dificultando um gerenciamento público mais crítico, comprometido com a missão e os objetivos organizacionais da instituição. Isto porque gerenciar vai além do ordenar, administrar recursos e pessoas, significa conciliar visões, objetivos, sincronizar vontades e conduzir pessoas (TOBAR, 2002).

Sendo assim, é muito importante que se busque instituir na organização uma Política de Capacitação Permanente para os seus gestores, visando superar o modelo de decisão organizacional e com isso realmente alcançar uma melhor gestão dos sistemas e serviços de saúde, um melhor uso da ferramenta de planejamento estratégico, e assim garantir, como afirma MOTTA (2004), uma mudança significativa na filosofia e na prática gerencial desse sistema.

5.3 – AS INSTÂNCIAS DELIBERATIVAS DE DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES NO SUS

No contexto da abertura política brasileira que culminou com a promulgação da Constituição de 1988, foram abertos, através de muita luta da sociedade, canais de viabilização da participação social. Na Saúde, a luta por uma gestão democrática aconteceu com o movimento da reforma sanitária, que possibilitou um avanço no entendimento da saúde como uma política de Estado, portanto Direito do Cidadão e Dever do Estado.

Ao longo da década de 1990, inicia-se o processo de descentralização das ações estatais através da municipalização de todas as políticas públicas, propiciando maior responsabilidade para os prefeitos e secretários de governo. A participação popular então passa a fazer parte da agenda política do governo, em todas as suas esferas.

O quadro atual é de que a participação popular no âmbito municipal tem sido viabilizada através dos conselhos de defesa de direitos e das conferências municipais que têm contribuído para a consolidação da democracia no país.

DUSSAULT (1992), com relação ao controle e a participação social afirma que é sensato para as organizações do tipo profissional, como é a Saúde, que se associem a comunidade para a identificação das necessidades/prioridades, assim como também para que participem das etapas de tomada de decisão estratégicas, afim de que possam receber serviços de acordo com as suas necessidades.

Em Cuiabá, conforme define a Lei Municipal de n.º 2820 de 19/12/1990 e a Lei Complementar n.º 94 de 03/07/2003, o Conselho Municipal de Saúde (CMS) e a Conferência Municipal de Saúde são espaços de decisão colegiada do SUS.

Os CMS buscam “participar da discussão das políticas de saúde tendo uma atuação independente do governo, embora façam parte de sua estrutura e onde se manifestam os interesses dos diferentes segmentos sociais, possibilitando a negociação de propostas e o direcionamento de recursos para diferentes prioridades” (BRASIL\ CONASS, 2003, p. 54).

O CMS de Cuiabá é integrado por 20 titulares, sendo composto por representantes dos usuários (50%), de trabalhadores (25%), de prestadores de serviços e do governo (25%). O CMS reuni-se ordinariamente uma vez por mês ou extraordinariamente quando convocado. O Secretário Municipal de Saúde exerce a função de Presidente do CMS, conforme define a legislação pertinente.

As Conferências de Saúde em Cuiabá acontecem a cada dois (2) anos. São consideradas pela Lei 8.142/90 como “instâncias colegiadas, de caráter consultivo”, que possibilitam o exercício do controle social no âmbito do poder executivo, tendo como objetivo avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes da política de saúde em cada nível de governo, constituindo-se no mais importante fórum de participação ampla da população.

Com relação à participação popular nas Conferências, foi possível evidenciar que ela se deu em Cuiabá através de vários momentos, sendo que em 2007 o processo ocorreu nos dias 12 e 13 de julho. Com o tema “**Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Saúde no Município**”. Como etapas preparatórias para a realização da conferência municipal foram realizadas 05 (cinco) Fóruns Regionais e 08 (oito) Fóruns Locais. A VII Conferência Municipal de Saúde contou com a participação efetiva de 406 participantes, sendo 208 delegados divididos paritariamente por representantes de Usuários (50%), Trabalhadores (25,0%) e Governo (25,0%) e os demais eram convidados e observadores.

Nesse trabalho buscou-se entender a participação da população via Conferências e do CMS na definição de prioridades no SUS Cuiabá. Com isso foram identificadas e analisadas entre outros documentos, as resoluções elaboradas entre 2004 e 2007, referentes às principais decisões tomadas pelo conselho municipal de saúde de Cuiabá no referido período. Isto porque compete também ao CMS discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde;

Na análise dos documentos relativos às resoluções aprovadas no pleno do CMS de Cuiabá observa-se que em 2004 as reuniões do CMS geraram 17 resoluções acerca de assuntos diversos, sendo que dessas 8 tratavam de assuntos relacionados à gestão da política de saúde de Cuiabá. Em 2005 foram 21 resoluções, sendo que 8

também relacionadas com gestão. Já em 2006 foram 33 resoluções, sendo que 12 tratavam da gestão. Em 2007, 13 resoluções dizem respeito a assuntos da gestão.

Foram selecionadas aquelas resoluções de 2004, 2005, 2006 e 2007, cujos conteúdos eram relativos à Gestão/definição de prioridades do SUS Cuiabá. Essa escolha se deve ao fato de que é competência do Conselho estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados como os de seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros (BRASIL\ CONASS, 2003).

Quadro IV – Síntese das Resoluções referentes a 2004 -2007:

Blocos	2004	2005	2006	2007
Aprovação	Plano Municipal de Saúde, Proposta Orçamento 2005; Regimento Interno da VI Conferência; Plano Municipal de Saúde do Trabalhador	PPI da Vigilância em saúde; Regimento Interno da I Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador; Mudança da data de realização da I Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador; Relatório de Gestão 2004; Plano Municipal de saúde 2006-2009	Convocação da 1ª Conferência Municipal de Gestão do trabalho e da educação na Saúde; Plano de trabalho Anual – PTA 2006; Orçamento 2006 da SMS Cuiabá; PPI em Vigilância em saúde 2006; Ato Referendum Aprovação da Pactuação dos indicadores da atenção básica de 2006 Pactuação dos indicadores da Atenção Básica do município; Relatório de Gestão 2005; Pré Conferência Municipal de saúde em 30/11/2006; Programa de Qualificação e estruturação da Gestão do trabalho e da Educação no SUS-Progesus; Mudança de data de realização da pré-conferência municipal de saúde de Cuiabá; Orçamento 2007 da SMS	Relatório de Gestão 2006; Indicadores de monitoramento e avaliação Pacto atenção Básica; Termo de compromisso de gestão; Programação da PAP/VS; Orçamento 2008; Relatório de gestão 2008.
Convocação	VI Conferência	Convocação da I Conferência Municipal de Saúde do trabalhador	Realização do Seminário em 21 de Setembro sobre o Pacto da Saúde	VII Conferência municipal
Validação/ Homologação	Resolução reivindicação ao governo do Estado	Referendar as propostas da VI Conferência Municipal que nortearão as diretrizes para a política municipal de saúde, Referendar proposta da I Conferência Municipal de saúde do trabalhador	-	Conselhos gestores (6)
Recomendações	Ao gestor municipal das prioridades da VI conferência.	-	-	-

Fonte: Criação da autora, com base nas resoluções do CMS

A análise documental realizada acerca das resoluções e dos assuntos tratados no período estudado, permite inferir que o CMS vem mantendo uma média anual de 8 resoluções acerca da gestão da SMS/Cuiabá. Essas resoluções puderam ser agrupadas em quatro blocos, segundo assuntos sendo eles: **aprovação** (Plano Municipal, proposta orçamentária, regimento interno das conferências); **convocação** (de conferências); **validação** (indicadores, documentos) e de **recomendações** (referentes às deliberações das conferências).

Evidencia-se com isso que apesar do CMS ser um órgão deliberativo e consultivo, segundo a legislação brasileira, ele participa pouco das decisões estratégicas cotidianas da organização. Pelos conteúdos das resoluções analisadas, sua participação é passiva, proveniente das atribuições oficiais. Analisando o bloco referente a aprovação de documentos, percebe-se claramente que os documentos aprovados são os oficiais, exigidos pela legislação do SUS. Isso então passa a ser prioridade de pauta. Porém, não foram encontradas evidências de participação de membros do Conselho, por exemplo, nas discussões da Diretoria sobre os caminhos e decisões estratégicas da gestão. Essas decisões são tomadas nas reuniões de colegiado de diretores fórum em que os conselheiros não têm acento.

Nesse sentido, podemos inferir que o conselho não participa ativamente das decisões do nível estratégico da SMS. Ao não tomar parte ou intervir nos diversos momentos da gestão (TOBAR, 2002), a participação do CMS na definição de prioridades fica restrita aos períodos das realizações das conferências, já que nas reuniões ordinárias tal assunto não é discutido, conforme demonstram os documentos. Portanto os conselheiros não estão exercendo seu protagonismo e com isso estão contribuindo para que seu papel não seja totalmente consolidado e, portanto que o controle social fique enfraquecido ou não exista de fato.

“(...) e o conselho de saúde ainda não conseguiu se firmar como esse elo né, entre a conferência e o gestor, a gente ainda não conseguiu chegar, algumas vezes sim, mas no geral não, todo tempo não, né” (E.12).

Com relação às resoluções referentes ao bloco de convocação, onde se esperava encontrar a convocação da população e as instruções relativas a

metodologia de trabalho que deveriam orientar as etapas que antecedem a Conferência Municipal, as evidências apontam em sentido diverso, ou seja, não foram encontradas resoluções que trouxessem os critérios para a definição de prioridades.

Buscou-se então, em outros documentos oficiais do CMS, que são resultado das discussões do Pleno (atas de reuniões, regimentos internos das conferências), e não foram encontradas evidências que permitissem afirmações de que houve discussões acerca de critérios de definição de prioridades e/ou de métodos para fazer a priorização das necessidades e problemas durante o planejamento das conferências de 2004 e 2007.

Frente ao resultado dessa análise novos documentos foram pesquisados nas pastas de arquivo memória das conferências, em todas as suas etapas. Foi encontrado um documento orientativo que os facilitadores dos fóruns locais e regionais receberam por ocasião da VII Conferência onde havia a explicação da metodologia que deveria ser utilizada para o levantamento de problemas e das necessidades das regiões.

Esse documento nos permite então inferir que apesar de não haver sido encontrado critérios para a definição de prioridades, foram encontradas evidências de que havia um método de hierarquização dos problemas e das necessidades a ser utilizado, após o levantamento dos problemas. Esse levantamento permitiu às conferências locais selecionar somente os problemas muito importantes denominados de fortes para depois sugerir as soluções, as quais foram encaminhadas para a coordenação da Conferência Municipal de Saúde. Tratava-se de uma técnica de classificação de problemas por ordem de importância, também conhecida por *POOLED RANK*, conforme PINEAULT E DAVELUY (1987). Nesse caso, o problema mais importante recebe um valor 5,0 e o menos importante recebe valor 1,0. Esse procedimento demonstra uma preocupação por parte do CMS com relação à qualidade das deliberações que sairiam da referida conferência.

Outra evidência nesse sentido diz respeito à afirmação do seguinte relato:

”(...) essa última eu fui coordenador dela que a gente mudou um pouco a metodologia de trabalho. Nós então fomos até as regiões, fizemos um debate a

partir da metodologia da problematização, tentamos tirar menos propostas, definir melhor o foco das propostas e a importância das propostas nas regiões, pra que a gente pudesse também tentar monitorar um pouco mais, essas propostas dentro dos planos, né, tanto dos planos de atividade quanto dos planos orçamentários da secretaria” (E.1).

Considerando que é também competência do CMS definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e sobre eles deliberar, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços (BRASIL\ CONASS, 2003), é importante que haja a preocupação com a qualidade das deliberações que saem das conferências municipais.

Ainda como parte da análise, pode-se considerar que a hierarquização dos problemas, deve ser efetuada devido ao entendimento de que é impossível resolver todos os problemas de saúde que se apresentam para o município, havendo, portanto, necessidade de separá-los por importância, por temporalidade e por impossibilidade de resolvê-los (BORDIN, 1987).

Contudo, as análises demonstraram ainda que o processo de hierarquização dos problemas, efetivado pelo CMS de Cuiabá, só aconteceu na conferência de 2007 e que foi feita somente com critérios de pontuação, ou seja, utilizou método que apenas somou a pontuação de cada problema e ou solução, priorizando, como já afirmado anteriormente, aqueles de maior pontuação. Os achados não encontraram critérios que medissem, por exemplo, a magnitude do problema e a eficácia da solução das intervenções propostas.

Pode-se afirmar que anteriormente a essa conferência o CMS de Cuiabá, não possuía mecanismos para acompanhar as diretrizes aprovadas pelas conferências municipais de saúde. Primeiro pela quantidade imensa de propostas levantadas (mais de 200), geralmente impossível de serem acompanhadas. Conforme confirma o relato a seguir:

[...] “ Essa era a idéia que a conferência não fosse, não gerasse um instrumento que não tivesse nenhuma comunicação com setores da secretaria, com setores de planejamento, né, porque a gente tava sentindo assim a gente ia para as conferencias e tirava lá 300, 400 propostas que não eram exequíveis, ai a gente

voltava no conselho achava que tinha né, feito tudo que deveria fazer nós não tínhamos como monitorar, não sabíamos que propostas eram essas, elas não estavam de acordo com as discussões também que vinham sendo feitas por dentro dos planejamentos da própria secretaria, enfim tinha que, uma serie de situações que tava levantadas pra gente” (E.1).

Nesse sentido, o relato acima demonstra que essa conferência pode ser entendida como um marco para a história do CMS, pois pela primeira vez houve uma preocupação em utilizar uma metodologia que modificasse o conteúdo e a forma de apresentar no documento final as deliberações, contribuindo assim para um melhor acompanhamento das prioridades no Plano Municipal de Saúde.

Segundo porque a maioria dos problemas levantados não são problemas de saúde, ou seja, que impactam diretamente na saúde da população, relacionados ao perfil epidemiológico do município, e sim problemas dos serviços de saúde ou necessidades sentidas somente por um pequeno grupo da população, geralmente ligadas à ampliação de algum serviço em áreas que já possuem uma considerável cobertura de unidades de saúde.

Terceiro porque ficou evidenciado pela análise que o esforço do CMS não alcançou os objetivos propostos, uma vez que o documento final da VII Conferência apresentou 78 propostas, o que representa ainda um grande número de propostas para serem monitoradas. Propostas essas que não perderam a característica de levantar problemas relativos aos serviços do sistema de saúde.

Portanto, os achados sugerem que da forma como a participação está acontecendo nas instâncias deliberativas do SUS, não se pode considerar que esteja havendo uma participação efetiva na tomada de decisão e na definição de prioridades da organização. A participação implica protagonismo para contribuir com alcance de objetivos. O protagonismo sugere competência para agir e certo poder de intervenção, de maneira que haja modificação de aspecto da realidade. Segundo TOBAR (2002), a participação pode significar também um protagonismo omissivo em determinados momentos, bem como inação (no sentido de não agir), conforme a conveniência.

Nessa perspectiva é possível inferir que com relação ao processo de definição de prioridades, está havendo por parte do CMS, omissão nos momentos: de acompanhamento da execução da programação anual da secretaria, da execução das deliberações das conferências e principalmente nas ocasiões onde as prioridades são abandonadas e o PMS esquecido.

Está havendo também inação, uma vez que o conselho não delibera sobre os problemas estratégicos da organização, pois os mesmos não são discutidos nessa instância e sim em reuniões do nível estratégico da SMS/Cuiabá. Percebe-se com isso uma fragilidade no processo de participação e controle social do SUS Cuiabá. Fragilidade essa que está impedindo o CMS a deliberar sobre a Política de Saúde do Município, conforme é sua competência pela legislação vigente.

Percebe-se assim, que o controle social é envolvido parcialmente no processo de definição de prioridades, uma vez que sua “participação” acontece a cada dois anos durante as conferências e a cada quatro anos durante a elaboração do PMS, configurando-se num protagonismo omissivo, já que não está conseguindo acompanhar a dinamicidade da gestão municipal.

Nesse sentido, sugere-se que o colegiado de diretores seja ampliado com a presença de representantes do conselho municipal de saúde, permitindo-lhes participar das discussões referentes a correção de rumos da organização, da tomada de decisões e definição de estratégias para o alcance das prioridades. Sugere-se ainda, a ampliação de pautas referentes a tomada de decisão acerca dos problemas prioritários da secretaria.

No próximo capítulo, será caracterizado o modelo e o processo de definição de prioridades do Sistema de Serviços de Saúde de Cuiabá.

6. A DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES DO SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CUIABÁ

A tomada de decisão no momento da escolha das prioridades tende a ser mais acertada se a organização possui critérios para selecionar os problemas, método para hierarquizá-los, informações consistentes do perfil epidemiológico da região, análise situacional do município, participação dos gestores dos diferentes níveis da gestão e dos representantes da população. No caso do SUS, esses representantes são conselheiros e delegados das conferências municipais de saúde que acontecem a cada dois anos no município.

Nesse sentido, definir prioridades é importante porque permite ao gestor entender a precedência de um problema sobre o outro, levantar as melhores soluções ou programas a desenvolver. Portanto definir prioridades é vivenciar um processo que permite aos envolvidos distinguir dois tipos de prioridades, sendo elas as de ação, que podem ser solucionadas desde agora e as de investigação, que devem ser investigadas antes de serem implantadas (PINEUALT E DAVELUY, 1987).

Neste contexto o instrumento que materializa a política municipal de saúde em ações programáticas de intervenção sobre a realidade sanitária é o Plano Municipal de Saúde, base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com isso, nesse capítulo apresentam-se os resultados referentes a (in) determinação de prioridades das conferências, critérios de hierarquização, comunicação e o modelo de definição de prioridades utilizado pelo Sistema de Serviços de Saúde de Cuiabá.

6.1 – CRITÉRIOS DE HIERARQUIZAÇÃO DE PRIORIDADES.

No Sistema de Serviços de Saúde de Cuiabá, pode-se observar que a identificação dos problemas e necessidades, segue parcialmente a trajetória descrita por ARTMANN (1993) e PINEUALT E DAVELUY (1987), ou seja, no dizer dos autores, é necessário listar os problemas/soluções, escolher e selecionar aqueles que

são relevantes, aplicar os critérios eleitos para determinar as prioridades em saúde, separar aqueles que serão atendidos prontamente daqueles que vão necessitar ser melhor investigados.

Os problemas e soluções são listados geralmente em momentos diferentes. Num primeiro momento, o levantamento de problemas ocorre nas conferências locais e regionais de Cuiabá realizadas a cada dois anos e posteriormente são validados nas conferências municipais de saúde.

Num segundo momento durante a elaboração do Plano Municipal de Saúde que é quadrienal, em função da mudança de mandato do gestor municipal, onde acontecem novo levantamento e definição de problemas que são a base para a escolha das propostas de intervenção.

Foi possível identificar, através do estudo do método utilizado pela SMS/Cuiabá para a elaboração do planejamento estratégico (Gerenciamento pelas diretrizes- GPD), que existe uma etapa no processo de planejamento, logo após o levantamento dos problemas em que são identificadas as suas causas, através da técnica de espinha de peixe. Essas causas passam por uma análise de importância utilizando critério de pontuação (forte, muito forte e fraco), onde após essa seleção são relacionadas às soluções viáveis para a resolução do problema.

Já para selecionar os maiores problemas de saúde de Cuiabá, são utilizados indicadores epidemiológicos. Que durante a escolha dos problemas principais utiliza o critério de importância, pela sua gravidade. Nesse sentido, é possível afirmar que existe uma convergência do critério (importância) entre a referida conferência e as programações anuais da secretaria, mas em momentos distintos gerando dois processos de definição de prioridades.

Analisando-se os dois momentos pode-se deduzir que os critérios para definição de problemas das programações anuais da secretaria são os mesmos utilizados na construção do Plano de Saúde Municipal. No entanto não foram encontradas evidências de que sejam utilizados critérios de hierarquização das prioridades.

Esse fato explica bem o porquê após esse processo a organização precisa conciliar um rol de prioridades que geralmente passam de 50 propostas para serem

viabilizadas pela organização num período de 4 anos, isso é um complicador para o gestor operacionalizar.

Ainda pode ser somada a essa realidade um terceiro complicador, o fato do gestor do sistema também possuir prioridades políticas para serem atendidas e/ou demandas externas vindas de várias direções, que podem interferir e modificar as prioridades definidas anteriormente no Plano Municipal. Tal situação compromete todo o processo e investimento que foi realizado para que os principais problemas de saúde fossem identificados e priorizados, e as soluções fossem identificadas e viabilizadas através da garantia de orçamento anual para sua execução.

Entre as observações que subsidiaram as análises podem-se destacar a seguinte:

“(...) ele chega em uma política pública ele quer começar a inventar, quer começar fazer do jeito que ele acha, que ele quer ser diferente e aí que dá uma porção de erros né” (E.9).

Enfim a enumeração das prioridades em saúde é parte integrante do Plano Municipal e das Conferências de Saúde sendo base à delimitação das formas de intervenção e alocação dos recursos envolvidos. Contudo, segundo BORDIN(1999)

“inexistem ferramentas de apoio à decisão na área de planejamento dos recursos em Saúde, muito menos voltadas ao processo decisório particular dos Conselhos Municipais de Saúde, que agrega representantes de grupos intraburocráticos de pressão, grupos externos à organização e grupos de usuários do sistema” (Bordin, 1999, P.12).

O gestor do sistema deve estar ciente de que as deliberações das Conferências devem ser incorporadas à análise situacional realizada durante a elaboração do Plano Municipal e à formulação de objetivos, diretrizes e metas, de maneira que o Plano retrate os anseios da população.

Com essas constatações fica comprovado que existe um descompasso entre o processo de deliberação das conferências e o processo de planejamento da

secretaria, no sentido de levantar as prioridades. Esse descompasso é ocasionado entre outros fatores, pela ausência de estratégias que possam possibilitar a junção desses dois momentos a utilização de critérios para hierarquizar e determinar prioridades.

“E ai nós temos falhas, vamos olhar nossos documentos, nossos PPAs, nossos Planos, tem propostas que não saíram né, da, do documento da conferência até hoje “(E.1).

Contudo, enquanto não for corrigido esse descompasso entre os momentos de identificação de prioridades pelas várias instâncias deliberativas do SUS, a realidade hoje encontrada não será superada. Não havendo superação, persistirão dificuldades para se levantar as prioridades do SUS Cuiabá, para incorporar as deliberações das conferências no Plano Municipal de Saúde e para executar as ações que foram consideradas ideais para resolver os problemas e necessidades levantadas.

6.2 – A (IN) DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES NAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde estabelece uma série de normas e diretrizes para sua consolidação, mas não enumera critérios para a hierarquização das prioridades em saúde, auxiliares ao processo de planejamento do sistema. Cabe, portanto aos gestores estaduais e municipais a responsabilidade de criá-los juntamente com os Conselhos de Saúde, que representam a instância deliberativa máxima em sua esfera administrativa, com a competência de formulação de estratégias e o controle de execução da política de saúde, incluindo as questões econômico-financeiras.

O que permite considerar o problema como uma prioridade de intervenção é a sua comparação e estimação. Esse processo exige a utilização de critérios que assegurem valores normativos e permitam comparação. A literatura

sinaliza três critérios principais: importância do problema, capacidade do programa ou da intervenção, factibilidade do programa (PINEUALT E DAVELUY, 1987).

Para que a identificação de problemas aconteça a contento, necessário se faz que sejam definidos critérios que permitam selecionar aqueles que são prioritários, que devem ser enfrentados em primeiro lugar, por intervenções oportunas, e aqueles que devem continuar sendo estudados, investigados.

Em geral, os critérios referem-se ao tamanho e à importância do problema e às possibilidades atuais e potenciais de enfrentá-lo no contexto do qual ele se apresenta (TEIXEIRA, 2002).

PINEUALT E DAVELUY (1987) são categóricos em afirmar que é mais rentável escolher um número menor de problemas e necessidades e intervir neles do que tentar atacá-los todos de uma vez. Dessa forma a definição de prioridades é um processo de tomada de decisão,

Neste trabalho a identificação dos critérios de hierarquização de prioridades foi feita através de pesquisa nos documentos (relatórios finais) das Conferências Municipais de 2004 e 2007 e nos Planos de Trabalho Anuais- PTA da SMS/Cuiabá.

Na análise feita acerca de documentos referentes a VI Conferência Municipal de Saúde, que apresenta como tema “*SUS – Cuiabá: Desafios e Perspectivas para uma nova gestão*” não foram identificados protocolos que citam os critérios para definição e priorização de problemas. O que foi possível encontrar foram os critérios que deveriam ser utilizados para o levantamento de necessidades locais, regionais, que depois de levantados geraram propostas para ser consolidadas e apresentadas na etapa municipal.

O documento final dessa conferência apresentou 208 propostas, divididas em 19 eixos temáticos: assistência farmacêutica, atenção básica (saúde bucal, saúde rural, assistência saúde), atenção secundária (saúde mental, policlínicas, laboratórios), atenção terciária, controle social/gestão participativa, conselho municipal, política de recursos humanos, educação em saúde, planejamento; controle e avaliação, vigilância sanitária, zoonoses, transporte, parceria e articulação, políticas públicas (CMS, Relatório Final, 2004).

O documento da VII conferência com o tema “**Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Saúde no Município de Cuiabá**” apontou um panorama um pouco diferente do encontrado na conferência anterior. O regimento interno apresenta um desenho muito parecido com o da VI conferência, são mantidas as etapas locais, regionais e municipal, mantém-se os mesmos critérios para a escolha dos delegados e mantém sob responsabilidade da comissão organizadora a realização de todas as etapas previstas. No entanto, o regimento inclui na seção III – da plenária final o artigo 25 que orienta sobre o trabalho de grupo dessa forma, explicitando:

“(…) realizados os trabalhos em grupos, divididos por eixos temáticos, conforme os Relatórios Consolidados das Conferências Regionais, totalizando 87 propostas que foram previamente trabalhadas pela Comissão Organizadora, que serão apresentadas aos grupos para que se estabeleçam prioridades, sendo definidas assim: muito forte, forte e fraca” (RI da VII Conferência, 2007).

Há portanto a preocupação com a priorização dos problemas visando à construção de um documento final, que traga menos propostas e permita um acompanhamento do conselho municipal de saúde. Nesse sentido, o critério escolhido também foi o de importância já que somente os problemas de maior relevância foram selecionados.

Essa medida por parte do conselho resultou na apresentação de um relatório final com 76 propostas (foram excluídas 11), distribuídas em três eixos temáticos: Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento; Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: SUS na seguridade social, o pacto pela saúde e a participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde.

Desse modo, a análise revela que a metodologia utilizada foi a da problematização: primeiro momento (Olhar), nos fóruns locais foram levantados os problemas locais, e escolhidos como os mais importantes, segundo momento (Ver), na conferência regional fizeram a construção das propostas; terceiro momento (Julgar), na conferência municipal votaram as propostas. O trabalho de levantamento

dos problemas foi realizado em sub-grupos que elegeram cinco questões fundamentais e posteriormente as propostas dos grupos foram agrupadas pelo mesmo método.

Nessa linha de pensamento, a pesquisa também analisou os critérios de definição de prioridades presentes no Plano Estratégico da SMS. Essa análise demonstrou que os dois últimos planos municipais de saúde referentes aos anos de 2002-2005 e de 2006-2009, apesar de apresentarem todas as fases que um plano deve ter, conforme pensado por DEVER (1988), também não explicitaram protocolos com critérios para priorizar os problemas.

Os documentos referidos acima apresentam diagnóstico das condições de saúde; organização e funcionamento do sistema; ações e serviços assistências e de saúde coletiva; coeficientes de morbimortalidade, indicadores epidemiológicos etc.

Portanto, pode-se afirmar que as informações relativas aos principais problemas de saúde de Cuiabá existem fartamente e são utilizadas durante a primeira fase do processo de definição de prioridades que é a fase relativa à identificação de necessidades e problemas, para após estabelecer objetivos e diretrizes (DEVER, 1988). Nesse sentido, a escolha dos problemas e as formas de enfrentá-los são realizadas com a utilização de critérios epidemiológicos e técnicos relacionados com magnitude, transcendência, vulnerabilidade e não com critérios que permitam estabelecer a primazia de um sobre o outro.

A não primazia dos problemas pode contribuir para que num momento de crise econômica, como é o caso atual, os gestores tenham no dizer de BORDIN (1999), que fazer escolha sem saber que problema possui antecedência, primazia sobre os outros. Frente a isso ampliam-se as possibilidades de erros na tomada de decisão, e na condução do sistema, contribuindo para que as decisões sejam feitas sem subsídios científicos, ancoradas somente na experiência, intuição ou pressão política (CALHAO, 2008).

Nesse escopo, pode-se então inferir que não existe no processo de definição de prioridades da SMS/Cuiabá, em suas diversas instâncias deliberativas, um protocolo de definição de critérios oficialmente utilizado para viabilizar a tomada de decisão, conforme preceituam ARTMANN (1993), BARRENECHEA (1976),

PINEUALT E DAVELUY (1987). O que existe é um processo de levantamento de problemas, definição de causas e soluções.

Assim, após a aprovação das deliberações da conferência, o conselho municipal de saúde as homologa e encaminha para as devidas instâncias de gestão, a fim de que sejam consideradas nos planos de saúde, documento onde devem estar registrados os objetivos e as prioridades da política de saúde.

Esse contexto demonstra que não existe determinação de prioridades a partir da Conferência Municipal de Saúde, e sim (in) determinação, pois não existem critérios para defini-las e hierarquizá-las, segunda sua magnitude, vulnerabilidade, transcendência, muito menos ferramentas para acompanhá-las.

Enfim, encerra-se essa discussão sugerindo que tanto o conselho municipal de saúde como a Diretoria de Planejamento da SMS responsabilizem-se em criar e utilizar um protocolo de definição de prioridades que possibilite transformar os momentos de avaliação e planejamento do SUS em momentos de tomada de decisão, visando tanto o fortalecimento da *participação e controle social* quanto deste instrumento de gestão chamado *planejamento*.

6.3 – A ELEIÇÃO DE CRITÉRIOS PARA DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES PELA CÚPULA ESTRATÉGICA

Com relação à identificação dos critérios de definição de prioridades extraídos dos relatos dos gestores do nível estratégico da SMS, durante as entrevistas foram: cobertura assistencial, gravidade do paciente; repercussão na mídia, eficácia da ação; custo da unidade; aonde vai haver maior impacto; cobertura assistencial.

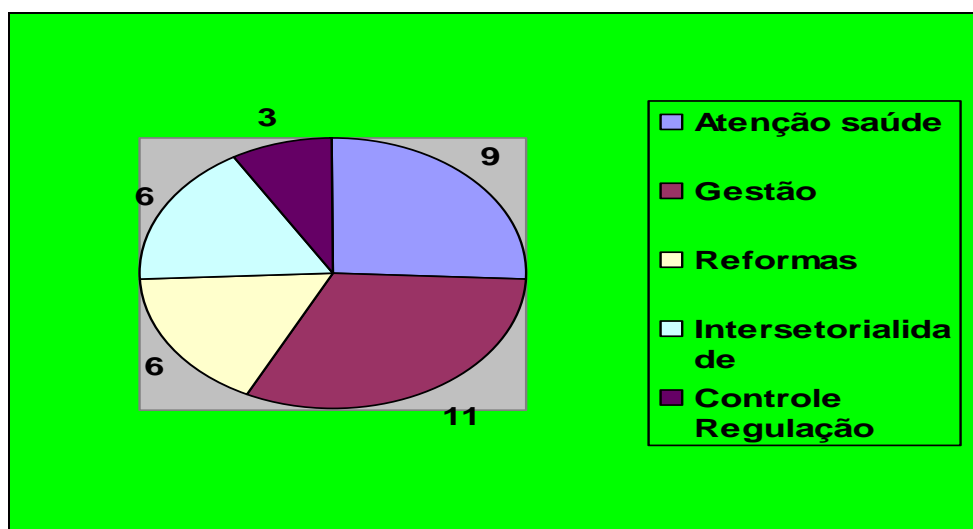
O agrupamento correlacionando os critérios citados pelos sujeitos da pesquisa com os adotados por este estudo permitem afirmar que: os critérios giram em sua maioria em torno de pontuação, seguidos por Magnitude, Transcendência, e Vulnerabilidade.

“(…) “eu acho que 70% os critérios são técnicos e 30% políticos, isso é minha visão” (E.10).

Ainda, como parte da pesquisa, realizou-se a análise da convergência de prioridades entre os diversos sujeitos da cúpula estratégica. Cada entrevistado citou quantas prioridades entendeu ser importante para a melhoria da situação de saúde no município de Cuiabá. As prioridades foram consolidadas em blocos sendo eles: bloco da Atenção a Saúde; da Gestão; de Reformas e Investimentos, da Intersetorialidade, da Regulação, Controle e Avaliação.

A maioria cita prioridades relacionadas com o bloco da Gestão, seguido pelas prioridades relacionadas à Atenção a Saúde, Reformas/Investimentos, Intersetorialidade e Controle E Regulação conforme figura I.

Figura I: Convergência de prioridades entre sujeitos cúpula estratégica



Fonte: criação da autora, a partir das entrevistas.

Com relação à gestão, as propostas demonstram que a preocupação dos entrevistados está convergindo para a Gestão de Pessoas como a grande prioridade da SMS para os próximos anos. Em seguida aparecem as preocupações relacionadas com o processo de gestão, melhoria do financiamento, ampliação do número de profissionais. Isoladamente aparecem prioridades relacionadas à participação da SMS no colegiado de gestão regional, criação de um plano de descentralização do atendimento de urgência e emergência. O monitoramento aparece relacionado à necessidade de se acompanhar os resultados, a partir das prioridades, metas e

financiamento. Somente 1 entrevistado propõe o monitoramento das propostas das Conferências.

Metade dos entrevistados citam prioridades relacionadas a melhorias de serviços /reformas. Sendo que estas giram em torno de melhorias de estrutura, de fluxos, de serviços. As melhorias de estrutura estão relacionadas à construção de novas unidades e a reformas e ampliação de unidades existentes. Já as melhorias dos serviços estão relacionadas a: compra de novos equipamentos, a reorganização dos fluxos, mudanças de conceitos e ampliação de especialistas na rede, os quais estão em déficit.(neurologistas, ortopedistas, infectologistas, por ex.).

Analisando os dados, percebe-se que as propostas levantadas por eles estão no sentido de que é preciso melhorar/reestruturar o processo de regulação; é também preciso discutir mais sobre esse processo. Entendemos que essa prioridade aparece com certa timidez nas entrevistas porque ela foi uma das grandes prioridades do secretário em 2008, conforme consta no termo de compromisso de gestão assinado com o prefeito e de certa forma já apresenta uma melhora, segundo depoimentos.

Com relação ao bloco da Intersetorialidade cinco entrevistados citam prioridades relacionadas à busca de melhoria dos condicionantes e determinantes da saúde através de uma maior aproximação das demais políticas públicas. Há uma consciência de que só haverá promoção da saúde se houver a participação das outras áreas sociais e com a ampliação do diálogo entre elas será mais fácil avançar com os programas e projetos hoje existentes e com isso alcançar a visão de futuro da organização.

Os investimentos foram lembrados por seis entrevistados, que convergiram na apresentação de prioridade relacionada à construção de hospital municipal para atender as especialidades, hospital de alta complexidade. As propostas em sua maioria estão focadas no que tem que ser feito, nas necessidades relativas à melhoria da rede de saúde e não na melhoria dos indicadores de saúde que podem trazer melhoria da qualidade de vida do povo que vive em Cuiabá.

Frente a isso, é aceitável concluir que o levantamento das prioridades e suas convergências oportunizaram a visualização clara da ênfase que se dá aos problemas do sistema de serviços de saúde, deixando a discussão acerca dos

problemas de saúde para o segundo plano. Porém foi dada ênfase à Intersetorialidade como forma de contribuir para amenizar os determinantes e condicionantes que interferem na produção da saúde.

Ainda como parte da análise foram buscadas evidências acerca de como as prioridades são publicizadas na organização, pois segundo TOBAR (2002), é necessário que todos tomem a mesma direção, criando uma consistência entre as pessoas e as ações rumo à missão da organização. É preciso que se mobilizem vontades para viver o Ser da organização.

6.4 – A COMUNICAÇÃO DAS PRIORIDADES NO INTERIOR DA SMS CUIABÁ

Se as prioridades não estão claras, para todos os colaboradores da organização pode haver uma discórdia acerca do melhor caminho. As prioridades precisam ser conhecidas e todos precisam se comprometer com o seu alcance.

Desse modo, a comunicação é categoria chave para a melhoria da gestão nas organizações de saúde. Se existe um bom plano de comunicação interna e externa na organização as informações democratizadas ajudarão a tomada de decisão e a definição de prioridades com maior acertividade. Comunicação esta sendo entendida no sentido latino da palavra que quer dizer “tornar comum, partilhar, repartir, associar” ROZEMBERG (2006).

Nesse sentido, as afirmações são de que as comunicações são publicizadas pelas chefias, mas não chegam a todas as partes interessadas. As informações chegam também por comunicação interna. Foi testada a estratégia de enviar cartas aos servidores, informando sobre medidas que diziam respeito a decisões, tomadas relativas à gestão de pessoas, mas tal estratégia foi considerada como limitada. Nesse sentido os discursos revelam:

“É assim, as decisões dos colegiados eu levo pros coordenadores e os coordenadores levam pros seus gerentes...” (E. 10).

Buscou-se então, evidências de que coordenadores comunicam as decisões para os gerentes. Porém os sujeitos pesquisados deixam claro que não acompanham esse processo e reconhecem a ineficácia dessa forma de comunicação, uma vez que as informações não chegam até o nível operacional da organização, conforme revelam os relatos:

“Eu acho que isso é uma falha, nem sempre chegou isso, às vezes isso ficou restrito, isso é uma das falhas são coisas que tem que ser corridas com o tempo (E. 12).

“(…) Olha na verdade elas não são publicizadas, não existe publicização delas né,” (E. 1).

“(…) Não chega, não chega, é isso é um problema muito serio de gestão,” (E. 9).

Concordando com LEITE (2006) que as pessoas só participam após se envolverem com a mudança e só farão isso se participarem juntas de todo o processo. Se as principais decisões não forem participadas não haverá mudança de gestão. A comunicação também estimula o sentido de pertencer, o que gera comprometimento por parte dos servidores.

Assim como no estudo de CALHÃO (2002), os achados confirmaram que o processo de comunicação é formal, realizado através de reuniões formais ou de documentos oficiais e estes dependem dos gestores para serem publicizadas. Caso esse gestor possua um perfil mais centralizador seguramente as informações estratégicas não chegarão à base e/ou aos interessados.

Pode-se afirmar então que os processos de trocas, os relacionamentos dentro da SMS, estão enfraquecidos já que as informações não circulam, contribuindo para que a direção escolhida não seja conhecida possibilitando que os interesses próprios sobreponham aos da organização e com isso as metas não sejam atingidas.

A chamada Endocomunicação (LEITE, 2006) é um bom meio para mudança dessa realidade uma vez que ela é responsável por fazer circular as informações verticalmente, ou seja, da direção para os níveis subordinados, e também horizontalmente, entre os empregados de mesmo nível hierárquico.

Conclui-se sugerindo que haja interligação das pessoas através de modernas técnicas de interligação tecnológica e que os gestores criem novas estratégias para melhorar a comunicação interna com seus pares.

6.5 - O MODELO DE DEFINIÇÃO DE PRIORIDADE DO SUS CUIABÁ.

A reflexão sobre o componente político de uma organização é importante porque pode contribuir para o entendimento do modelo de gestão adotado por ela, no sentido de gerar contribuições que possibilitem mudanças, inovações na forma de conduzir o sistema, visando alcançar melhores resultados para a saúde da população.

Segundo TOBAR (2002), modelo de gestão é um conceito intermediário da teoria das organizações – significa unidade mínima (irredutível) que contém os elementos da identidade da organização; expressa um estilo de gerenciamento, expressa hierarquias; inclui razão e intuição; o formal e o informal.

Modelos não resolvem problemas, mas ajudam a organizar o pensamento, atuam como referenciais, sugerem comportamentos, dão diretrizes e indicam caminhos em caso de dúvidas, entre outras aplicações. Portanto, modelos gerenciais são instrumentos que ajudam na gestão das organizações. Não se deve, contudo, usá-los como camisas de força, tentando ajustar a organização ao modelo, qualquer que seja. É preciso que o modelo ajude a resolver os problemas da organização sem se tornar restritivo, porque, então, ele estará prestando serviço oposto ao pretendido.

O ideal seria que o modelo de gestão da organização SMS/Cuiabá, na perspectiva de definição de prioridade possuísse critérios que permitissem priorizar os problemas por ordem de importância, estimá-los, compará-los para assim decidir sobre a viabilidade dos programas a serem efetivados (PINEUALT e DEVELUY, 1987).

Entretanto, esse processo não está acontecendo assim, uma vez que foram classificadas diferentes maneiras de se identificar as prioridades no SUS de Cuiabá, não há consenso na cúpula estratégica, pois para um grupo as prioridades deveriam se originar das conferências, para outros a definição de prioridade deveria se dar durante o processo de planejamento ou ser estabelecida pelo gestor, individualmente ou pelo colegiado de diretores.

“(…) Olha, pra você fazer um planejamento na saúde você primeiramente tem que respeitar lá já vem desde as conferências, depois vem das conferências vêm

por plano de aquele lá Municipal de Saúde e ai vem vindo os desmembramentos (...) começa no inicio né, de você construir o PPA né, ai vem indo, PPA, LDO, tudo isso tem que ta casando é (...) essas diretrizes né, até chegar no desdobramento do PTA”. (E.8).

O modelo de definição de prioridades na SMS não se origina nas deliberações da conferência, pois a origem das prioridades vem primeiramente da demanda política, financeira, administrativa, externa vinda do ministério sendo que o grande responsável pela priorização é o gestor ou o seu colegiado de diretores.

“(…) acho que deveria ser a conferência e o gestor junto com o conselho consorciado, fazer essa, essas prioridades, né (sic)” (E.9).

Quando se verifica a origem da prioridade por área específica, ou seja, por diretoria, o que sobressai é a crise, seguida por demanda da população. Sendo o responsável por determiná-la o próprio diretor, conforme comprovam os seguintes relatos:

“(…) a definição de prioridades muitas vezes é feita mais em função de repercussão externa, de repercussão na mídia (...) é e mesmo dentro da assistência há uma repercussão muito maior quando a coisa envolve procedimentos da alta complexidade porque eles matam mais depressa na visão popular, então é você vê as vezes uma grande pressão de vários segmentos”(E.3).

As demandas também têm origens nas necessidades da população, sendo o autor da escolha do processo de planejamento o gestor ou a conferência.

“(…) A gente é baseia essas decisões na necessidade da população na experiência de cada um, (...) um conjunto de opiniões, a secretaria nós tínhamos reuniões a cada 15 dias colégio o colegiado de diretoria que se reúne pra discutir as prioridades, os problemas as discussões as angustias de cada um (...)” (E.12).

Definir modelo de definição de prioridades significa dizer ao que a organização dá importância, quais são os riscos que ela não pode correr, como cada um pode contribuir com a visão, se as prioridades individuais correspondem com a visão (TOBAR, 2002, P. 37)

Nesse sentido pode-se afirmar que cada instancia deliberativa da organização dá importância a um caminho. O conselho foca as conferências e as propostas oriundas delas; o Planejamento a definição de problemas, elaboração do plano e o colegiado de diretores em administrar a crise e em atender as demandas cotidianas.

Com relação aos riscos que a organização não pode correr, estão aqueles relacionados a não conquista da sua dimensão o Ser, que é a essência da organização. Nessa dimensão estão a missão, a visão e os valores;

Nesse sentido o estudo demonstrou que a gestão da SMS/Cuiabá não está preocupada com esse risco, ficou evidente que o Fazer (prioridades, as funções e as ações) está sobrepondo o Ser.

Uma evidência disso é o fato de que durante todo o processo de coleta de dados, “a missão da organização” não foi lembrada por nenhum entrevistado o que pode sinalizar que a organização faz mesmo foco no fazer. Isso pode representar segundo, TOBAR (2002), uma organização que pela sua forma de gestão não possui consistência.

Consistência foi entendida aqui nas suas três dimensões, ou seja , consistência daquilo do que se faz de si mesmo (de uma ação com a outra ação), do que se faz com o que se é – missão, que se deve e quer ser – visão, que os atores (agentes) da organização acreditam (valores)

Uma organização tem, segundo TOBAR (2002), mais chances de se tornar consistente se conseguir elencar um rol de problemas e, com profissionalismo e eficiência, definir suas prioridades para bem cumprir suas funções, alcançando com isso sua missão. Com as prioridades definidas e conhecidas por todos que pertencem à organização fica mais fácil que estas sejam incorporadas e perseguidas, caracterizando o início de uma verdadeira organização.

O modelo de definição de prioridades do SUS Cuiabá, da forma como está materializado não dará conta de através da sua definição de prioridades, tomar decisões que possam levar a organização a busca da sua consistência para o alcance da missão. Hoje as decisões acerca das prioridades são tomadas sem nenhum critério, sem preocupação com a visão de futuro que se pretende alcançar e ainda individualmente fragmentadamente.

Frente ao exposto, busca-se fundamento em PINEUALT e DEVELUY (1987), para considerar finalmente que no modelo de definição de prioridades da SMS/Cuiabá não foram evidenciados protocolos de definição de critérios para a priorização dos problemas. Mas foram encontrados critérios para fazer a pré seleção dos problemas. Essa seleção é feita quando, na conferência, a equipe de relatoria faz a consolidação das necessidades e dos problemas trazidos dos encontros locais e regionais, utilizando a escolha e agrupamento daqueles que mais aparecem.

Enfim, pode-se concluir que as prioridades presentes na organização são demandadas de diversas formas e instancias e não correspondem com a visão de futuro validada no Plano Municipal de Saúde. Que esse modelo de definição de prioridades não está contribuindo para a visualização de problemas prioritários e soluções relativos à atenção a saúde.

Essa não visualização prejudica o gestor na tomada de decisões mais acertadas. O modelo não define claramente para todos da organização sobre quem deve tomar as decisões estratégicas, quando devem ser tomadas e quais são os critérios que serão utilizados para fazê-los, pois apresenta métodos diferenciados de priorização de problemas e de tomada de decisão em suas diversas instâncias. Em alguns momentos não são pensados métodos, os gestores simplesmente decidem ignorando as conseqüências de suas escolhas e o fazem sem informações.

Logo, pode-se deduzir que o modelo de definição de prioridades do SUS/Cuiabá contraria o que preconiza a legislação vigente, contribuindo para que a tomada de decisão seja feita unilateralmente ou em momentos e espaços diferentes, possibilitando então a escolha de vários caminhos.

Esse fato pode abrir oportunidade para a realização de uma gestão ineficiente, com resultados negativos, diferentes dos pretendidos. Isto porque possibilita a todos os níveis da organização uma independência na tomada de decisões, o que numa organização complexa como é o caso da saúde, oportuniza que cada um puxe para um lado, conforme afirma MINTZBERG (2006).

Em seguida apresentam-se as principais conclusões desta pesquisa.

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar a Gestão do SUS Cuiabá na perspectiva da definição de prioridades possibilitou a percepção de que a organização do ponto de vista dos aspectos legais está estruturada para exercer as funções gerenciais, previstas para o sistema.

Também possui plenas condições de exercer o controle social dentro do município. O Conselho Municipal de Saúde está estruturado para realizar reuniões periódicas, acompanhar a gestão e deliberar sobre os assuntos prioritários. Vem realizando a cada dois anos a Conferência Municipal de Saúde que delibera acerca das prioridades para o sistema.

Com relação ao processo de planejamento no SUS Cuiabá, pode-se evidenciar que acontece a partir do método de Planejamento Estratégico, o que tem possibilitado a organização há mais ou menos oito (8) anos a busca por melhores resultados e pela concretização de sua missão, visão e valores durante a execução de suas ações.

O estudo possibilitou também a visualização de pontos negativos na forma como a gestão da organização é feita, permitindo com isso a afirmação de que o modelo de gestão adotado no sistema de serviços de saúde de Cuiabá ainda não atende aos pressupostos de definição de prioridades voltada para a busca da consolidação da visão e eficiência da gestão pública em saúde no nível local.

Em resposta ao problema de pesquisa enunciado nesta dissertação, têm-se as seguintes conclusões a serem apresentadas. Com relação à identificação da convergência dos critérios de definição de prioridades das conferências municipais de saúde com os critérios definidos pelos gestores do nível estratégico da SMS/Cuiabá, percebe-se com o estudo que ela não acontece atualmente na secretaria.

A VI Conferência (2007) adotou critérios somente para a seleção de problemas muito importantes denominados de fortes. Foi utilizado o método *POOLED RANK*, que possibilita classificar problemas por ordem de importância, nesse sentido o critério utilizado então foi o de pontuação. Já SMS/Cuiabá utiliza para selecionar os problemas prioritários critérios epidemiológicos de transcendência

e vulnerabilidade, baseando-se em informação de indicadores. E os gestores definem prioridades a partir de critérios relativos a magnitude dos problemas.

O processo de definição de prioridades referente ao modelo de gestão da SMS, está incompleto, pois contempla somente uma etapa do processo que segundo os autores ARTMANN (1993) e PINEUALT E DAVELUY (1987), deveria após a seleção dos problemas relevantes aplicar critérios para determinar prioridades e separar aqueles que deverão ser atendidos prontamente daqueles que serão melhor investigados.

Nesse contexto, os pontos que chamam a atenção dizem respeito ao fato de que a os pressupostos para a definição de prioridades são desconhecidos pela maioria da cúpula estratégica, abrindo espaço para que durante todo o processo de tomada de decisão, aconteçam mudanças das prioridades e/ou esquecimento dos caminhos escolhidos e registrados no Plano de Trabalho Anual. Ocasionalmente certo descrédito ao processo de planejamento. A impressão que fica é de que durante quase todo o tempo os gestores estão voltados para a resolução dos problemas relacionados às condições agudas, ou para atender os momentos de crise, que no SUS não são poucos. As metas e objetivos organizacionais nem são lembrados nos discursos analisados.

O momento da definição de prioridades que deve acontecer durante as Conferências de Saúde e/ou no momento da elaboração do plano estratégico não é entendido como um momento de tomada de decisão, as evidências demonstram que para os entrevistados quem define as prioridades é o gestor que o faz a partir de critérios políticos, da intuição e das pressões externas dos usuários, trabalhadores, gestores, fornecedores, prestadores de serviços. As prioridades definidas durante as conferências também não são lembradas pela maioria dos entrevistados, o que deixa claro que as conferências não determinam as prioridades, porque não as hierarquizam e não possuem mecanismos para acompanhá-las.

O processo de definição de prioridades não aparece como importante para se fazer a gestão do SUS Cuiabá, pois a gestão não está focada no alcance da sua missão e visão de futuro e muito menos na vivência por parte de todos dos valores estabelecidos no Plano Municipal de Saúde de Cuiabá.

Para o processo de planejamento as conseqüências também são ruins já que não se consegue hierarquizar os problemas e soluções a partir da sua importância, da capacidade e factibilidade do programa e/ou das soluções. Nesse sentido os problemas são percebidos pela organização com o mesmo peso e não como prioritário. Isso pode explicar entre outras coisas o fato de existirem prioridades diferentes nas diretorias, bem como o esquecimento do Plano nas gavetas ou até a execução de ações que não estão planejadas, nem orçadas.

Porque quando um plano acontece, significa que o **Fazer** da organização estava preocupado com o **Ser**, e então a visão, os valores e a missão foram vivenciados, respeitados. Mas não se respeita o que não se conhece, e não foi convidado para fazer.

Com relação aos critérios de hierarquização das prioridades das conferências e nas programações anuais, os mesmos não existem. O que a SMS possui são critérios para levantar e definir problemas

O levantamento acerca da convergência de prioridade dos sujeitos da cúpula estratégica apresentou que a maior convergência está no eixo relacionado a gestão, onde a maioria elege os problemas da gestão como prioridade.

Outro obstáculo para o modelo de definição de prioridades é a falta de comunicação interna daquilo que se pretende alcançar a aqueles que operacionalizam o sistema. Os achados demonstraram que a comunicação é formal, as informações não chegam a todos os níveis da organização sendo atualmente um dos grandes problemas a serem enfrentados.

Fazer gestão, portanto, lembrando TOBAR (2002), é muito mais que administrar recursos, acompanhar indicadores pactuados, regular consultas, exames, internações, gerenciar unidades de saúde: é conduzir pessoas. Fica impossível conduzir pessoas sem comunicação das prioridades

Nessa linha de pensamento, é necessário ainda investir em capacitação permanente dos gestores, dos trabalhadores e dos conselheiros sendo esta uma atitude que representa uma ação concreta rumo a uma melhor condução de pessoas. Deve-se buscar a consolidação da co-gestão como bem pensou GASTÃO WAGNER (2008). Mas que infelizmente hoje não acontece na SMS Cuiabá.

Com relação ao modelo de definição de prioridades, pode-se inferir que se trata de um modelo inconsistente do ponto de vista do alcance de sua visão de futuro, missão e valores.

Recomenda-se que a SMS/Cuiabá, desenvolva estratégias para sanar o problema do descompasso ocasionado pela diferença do momento em que são acontecem as deliberações da conferência e a elaboração do Plano Municipal de Saúde.

Faz-se necessário também que o CMS exija bianualmente a atualização do Plano Municipal de Saúde, como forma de avaliá-lo e adequá-lo frente às novas deliberações da conferência. O Conselho precisa ainda elaborar e aprovar critérios de hierarquização de prioridades para serem utilizados pela gestão.

Nesse sentido, os resultados demonstram que a Secretaria Municipal de Saúde deve além de pensar em criar critérios para definir e hierarquizar problemas e soluções para contribuir com uma melhor forma de tomar decisões estratégicas. Deve modificar sua estrutura organizacional, pensando numa distribuição que facilite a comunicação e as informações entre as pessoas, o trabalho intersetorial e o acompanhamento de seus resultados, da sua efetividade.

Portanto, sugere-se que seja criado um sistema de comunicação que realmente possibilite que toda a base conheça e se motive a buscar as prioridades definidas.

Fica visível a necessidade dos gestores do sistema, juntamente com o conselho municipal de saúde elaborarem os critérios que serão utilizados pela organização, uma vez que eles não foram previstos pela legislação do SUS. Essa medida pode colaborar com o aumento do compromisso que a organização deve ter com o seu processo de planejamento para que o Plano de fato aconteça.

Muitos instrumentos são necessários, o modelo de gestão é um deles, prestar atenção na forma como se decide e se define prioridade pode fazer toda a diferença na gestão que se pretende efetivar.

Deve ainda alinhar o componente político do modelo de gestão ao componente financeiro buscando equilibrar gestão orçamentária e financeira a gestão do plano estratégico.

Enfim, possuir um modelo de definição de prioridades mais eficiente contribuirá com o fortalecimento do Conselho e das Conferências, do processo de planejamento impedindo que essas instâncias deliberativas continuem andando em círculos. Contribuirá ainda com a participação efetiva da sociedade, dos trabalhadores, na tomada de decisão mais acertada possibilitando uma gestão eficiente, que resulte no aumento da qualidade de vida e da satisfação dos usuários, conforme desejo de todos que defendem a missão da Secretaria de Saúde do município de Cuiabá.

8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Artmann E, O Planejamento Estratégico Situacional no Nível Local: um instrumento a favor da visão multissetorial. Cadernos da Oficina Social 3. 2000; p. 98-119.

Bardin L, Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

Barrenechea JJ, La selección de prioridades como integrante del proceso de decisión. In: SONIS A. Medicina Sanitária e Administración de salud. Tomo II, El Atenco, Bueno Aires, 1976; p. 206-214.

Bertúlio W, A reorganização da atenção à saúde em Cuiabá-MT, 1986-1989: um estudo de caso. [Monografia de conclusão de curso de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente]. Mato Grosso: Instituto de Saúde Coletiva UFMT; 2000.

Bordin R. Sistemas Locais de Saúde. Os conselhos municipais de saúde e os critérios para definição de prioridades. [Tese de Doutorado]. Porto Alegre: UFRS; 1999.

Boudon R, Efeitos perversos e ordem social. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1977.

Binsfeld & Hortale. Políticas e Gestão em Saúde Introdução ao debate. In: Gerência de Unidades Básicas de saúde no Brasil e Gestão Estratégica: Um contraponto. Caderno 2; Escola de Governo; Rio de Janeiro: 2004, p.112.

Branco MAF, Informação em Saúde como elemento estratégico para a gestão. In: Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, 2001

Branco MAF, Informação em Saúde como elemento estratégico para a gestão. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro: MS, 2001.

Brasil, Constituição da República Federal do Brasil: de 1998, com as alterações adotadas pela EC n. 01/92 a 52/2006 e EC de revisão 01 a 6/94. Brasília: Senado Federal, 2006.

Calhao AC, A gestão de uma condição crônica de saúde no Sistema de Serviços de Saúde de Cuiabá: um estudo de caso. [Dissertação de Mestrado] Mato Grosso: Instituto de Saúde Coletiva UFMT; 2008.

Campos VF, Gerenciamento pelas diretrizes (Hoshin Kanri). 2ª Ed. Belo Horizonte: Fundação Cristiano Ottoni, Escola de Engenharia da Universidade Federal de Minas Gerais, 1996, Brasil. 334p.

Campos RTO, O planejamento em Saúde sob o foco da hermenêutica. In: ABRASCO-Associação Brasileira de Pós-Graduação em saúde Coletiva. O sujeito e a subjetividade na práxis da saúde. Volume 6 nº 1. Rio de Janeiro; 2001

Buss PM e Labra ME, (org), Sistemas de Saúde continuidades e mudanças: Argentina, Brasil, Chile, Espanha, Estados Unidos, México e Quibec. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 1995.

Chizzoti A, Pesquisa Qualitativa em Ciências Humanas e Sociais. Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

Chizzoti A, Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. 9ª.Ed – São Paulo: Cortez, 2008.

Cecílio LCO, (org), Inventando a mudança na Saúde. 2ª Ed- São Paulo: Hucitec,1997

CONASS- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília, DF: 2003, 248 p.

CONASS- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: Avanços e Desafios: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, 2006.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: A gestão administrativa e financeira no SUS; (Para entender a gestão do SUS, 2). Brasília, 2007. p.152. (CONASS progestores).

Chorny A, Planificacion em salud; Viejas ideas em nuevos ropajes. Cuadernos Médico Sociales,Rosario, 73:5-30..

Cuiabá. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão – 2007. Cuiabá: Secretaria Municipal de Saúde, 2007.

Cuiabá. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão – 2008. Cuiabá: Secretaria Municipal de Saúde, 2008.

Cuiabá. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão – Tabela analítica da rede de atenção a saúde produzida pela Diplan para subsidiar a elaboração do PPA-2010-2013. Cuiabá: Secretaria Municipal de Saúde, 2009.

Dever A, A epidemiologia na administração dos serviços de saúde. Pioneira, p. 109-132

Dussault, A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: Características e Exigências em Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro 1992; 2:8-18.

Franco MLPB, Análise de Conteúdo. Plano Editora, Brasília, 2003.72p. (Série Pesquisa em Educação).

Fekete MC & Mandeli MJ, A administração estratégica em unidades de saúde. Revista de Saúde Coletiva, V.1, n 1, 1991. (Projeto Gerus).

- Fekete MC. Bases Conceituais e Metodológicas do Planejamento em Saúde. In: Santana JP. Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de saúde. Organização Pan-Americana de saúde, Brasília, 1997
- Ferreira ABH. Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. Editora Nova Fronteira. São Paulo, 2001; 1809 p.
- Garcia GG, Las reformas sanitarias y los modelos de gestión. Rev. Panam Salud Publica. 2001; 9: 406 - 12.
- Guimarães L, Política de Saúde em Mato Grosso: dois Mandatos para a Construção da Regionalização. In A Regionalização de saúde em Mato Grosso: em busca da integralidade da atenção. Org. Neto, JSM. MT. 2002.
- Junquillo GS. Gestão e ação gerencial nas organizações contemporâneas: para além do “folclore” e o “fato”. Gestão & Produção. 2001; 8 (3): 304-318.
- Levcovitz E. Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas, e Luciana Dias de Lima, Cristiani Vieira Machado. Ciência e Saúde Coletiva. RJ. 2001
- Luz, 1991
- Kliksberg B, Uma gerência pública para os novos tempos. Revista Serviço Público. 1994
- Matus C, Adeus, Senhor Presidente. Governantes e Governados. São Paulo: FUNDAP; 1996, p.5-39; 310-370
- Matus C., Política, planejamento e governo. IPEA. 3ª edição, Brasília, Tomo I, p. 203-254, Tomo II, p.304-333. 1993.
- MS - Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, Resolução n.º. 19/96. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1996; v. 132, n.º. 132, n.º 155, p 12247, seção 1:1.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. 2007
- Brasil/CADERNOS PLANEJASUS, Nº 2, 2007
- Mendes, E.V. Os Grandes dilemas do SUS. Tomo II. Ed Casa da Qualidade, Salvador BA, 2001
- Mendes, E.V. (org), A Organização da Saúde no nível Local, Ed.Hucitec, São Paulo, 1998

Mendes EV. Apresentação sobre a gestão dos sistemas de serviços de saúde no século XXI. 2004.

Merhy, EE. Introdução ao Debate sobre os componentes da caixa de ferramentas dos gestores em saúde. Caderno de textos série B. VERSUS Brasil, 2004.

MS - Ministério da Saúde, Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

MS - Ministério da Saúde, Portaria N.º 548 de 12 de abril de 2001. Aprova documento “Orientações Gerais, para elaboração e aplicação da agenda de saúde, do plano de Saúde, o Quadro de metas e do Relatório de Gestão como instrumentos de Gestão SUS”. Brasília, 2001b.

Mintzberg, H., Criando Organizações Eficazes, Estruturas em cinco configurações; tradução Ailton Bonfim Brandão-2ª. ed.- São Paulo:Atlas 2006.

Minayo MCS, – ad . Saúde Publica, rio de janeiro, 9(3): 239-262.jul/set,1993

Mirador, Dicionário Brasileiro da língua Portuguesa Mirador 7º edição ano de 1982.

Miranda, R.C.R. ci.inf,Brasília, v28, n.3, p.286-292,set./dez.1999

Miranda AS, Elementos normativos e conjunturais para a discussão sobre qualidade na gestão (inter) governamental do Sistema Único de Saúde. Documento de circulação restrita. Versão Preliminar de uma série de textos produzidos em trabalho de consultoria para a Organização Pan-americana de Saúde. Brasil, 2005.

Mota, E.C,D.M.T. Sistemas de Informação em Saúde.in: rouquayrol,m.z; almeida filho,n-epidemiologia e saúde. 6ª ed. rio de janeiro: medsi, 2003.

Motta. P.R. Gestão Contemporânea: a Ciência e a Arte de Ser Dirigente, 9ª ed. Rio de Janeiro: Record, 1998

MS- Cadernos de Planejamento, 2006,

Neto, J.M. O Papel Estratégico do Dirigente Municipal de Saúde,in Sório,Rita Elisabeth da Rocha.Org.Planejando a saúde no município:proposta metodológica para capacitação.Convênio IBAM/FNS.Rio de Janeiro,IBAM/ENSUR/Núcleo de Saúde,1995

Oliveira (2004)

Padilha, M.R. O Plano de Saúde no âmbito da gestão local: o caso da microrregião sul matogrossense de saúde. Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de saúde Coletiva, UFMT.Cuiabá MT. 2009.

Paim, J.S. Planejamento em saúde para não especialistas. In: Campos, GW(org) tratado de saúde Coletiva, HUCITEC-FIOCRUZ, SP.2006, p.767-782

Pereira LCB, Gestão do setor público: estratégias e estrutura para um novo estado. In: Pereira LCB & Spink PK (org). Reforma do Estado e administração pública gerencial. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998, p 316.

Spink PK, Possibilidades técnicas e imperativos políticos em 70 anos de reforma administrativa. In: Pereira LCB & Spink PK (org). Reforma do Estado e administração pública gerencial. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998, p. 316.

Pineault & Daveluy, La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estratégias. Masson, Barcelona, Espanha, 1987, p. 213-260.

Rivera, F.J.U. & Artmann, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. Ciência e Saúde Coletiva. 1999 4: 355-365.

Schrader, F.T. (Org).Aspectos Institucionais, do Emprego e da Atividade do Médico na Atenção à Saúde da Família: Estudo de Caso nos Setores Públicos e Privado no Municípios de Campo Grande, Cuiabá, Goiânia e Palmas.Observatório RH-NESPCEAMUnB.2006

Schrader FT, A implementação do Programa de Saúde da Família no Município de Campo Verde: desafios e perspectivas para o gerenciamento e a gestão. [Dissertação de Mestrado]. Cuiabá: Instituto de Saúde Coletiva da UFMT; 2007.

Schrader, F. T., Relatório do Estudo de Caso sobre o papel da Conferência Municipal de Saúde na Formulação das Políticas de Saúde (2008).

Silva, I.M.F, A Democratização da política de saúde em Cuiabá: estudo do Conselho Municipal de Saúde: Gestão 93/95. São Paulo. 1996.

Souza AR, Modelos de Gestão na Administração Pública: uma análise das agências reguladoras. Cuiabá: Ed UFMT, 2009, p.178.

Stotz E N, Os Desafios para o SUS e a Educação Popular: uma Análise Baseada na Dialética da Satisfação das Necessidades de Saúde Brasil. In Ver – SUS Brasil: cadernos de textos / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.299 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

Testa M. Agir em Saúde- um desafio para o público.In:Merhy EE.& Onocko R. São Paulo, Ed.Hucitec,1997.

Tobar F, Modelos de Gestion em Salud. 2002. Disponível em <HTTP://www.federicotobar.com.ar/pdf/Gestionensalud/modelos-de-gestiion-ensalud.pdf>, acesso em 15/09/2007.

Tobar, S. Análisis Del modelo de gestión y La participación en el Hospital Zonal de Agudos Manuel Belgrano en el marco de la Política implementada por la Provincia de Buenos Aires [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 1999.

Teixeira, C. Planejamento Municipal em Saúde. Salvador- Bahia.ed.COOPTEC-ISC,2001

Teixeira, C. (Coord), Planejamento & Gestão De Sistemas E Serviços De Saúde/Ana Luiza Villasboas, Cristiane Abdon, Maria Creuza Ferreira. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2002.

Vasconcelos CM, Política e gestão no SUS: uma interação conflitiva. In: Castro JL. Formiga JMM., Vilar RLA, organizadoras. Política e Gestão em Saúde: Reflexões e Estudos. Natal: Obsevatório RH NESC/UFRN; 2006. p. 49-68.

Vaughan JP e MRH, Epidemiologia para Municípios. Manual para Gerenciamento dos Distritos Sanitários.2ªEdição. Ed Hucitec. 1989.

Apêndices

Apêndices A

Roteiro da Entrevista

1- Eu gostaria de começar perguntando sobre sua formação e experiência profissional.

2- Considerando que o gestor tem que fazer escolhas, porque a demanda é sempre maior que os recursos que se tem para atendê-la.. Gostaria de saber em sua opinião, como é que a Secretaria de Cuiabá escolhe aquilo que vai ser realizado, que precisa ser feito?

3- Quando a equipe apresenta assim um bloco de prioridades, de necessidades, das mais variadas ordens. Que critérios o senhor (a) usa pra escolher?

4- Quando e quem escolhe as prioridades.

5- Com base na situação de saúde de Cuiabá. O que o senhor(a) acha que Cuiabá tem que fazer pro SUS dar certo nos próximos anos?

6- Quando Cuiabá decide o que vai ser feito, como que a secretaria publiciza as decisões. Como os trabalhadores da SMS ficam sabendo o que deve ser feito?

Apêndice B –

Consentimento Livre e Esclarecido
Universidade Federal de Mato Grosso
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós- Graduação

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: A Gestão do Sistema de Serviços de Saúde de Cuiabá na perspectiva de definição de prioridades- um estudo de caso.

Pesquisadora Responsável: Nilva Maria Fernandes de Campos

Endereço e Telefone para contato(inclusive ligações a cobrar):

Nilva Maria F. de Campos- Tel.(65)3661-6235 ou 9973-3989

Email: babicampos@bol.com.br

Pesquisadora participante: Wildce da Graça Araújo Costa – (65) 3615-8881/8882 Email: ediney.wildce@terra.com.br

Em caso de ainda haver dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso pelo telefone: 3613-2218 ou pelo e-mail cep@ses.mt.gov.br.

A sua participação é voluntária e você tem liberdade para se recusar a responder qualquer pergunta.

O Objetivo é Analisar o modelo de gestão do sistema de serviços de Saúde de Cuiabá, na perspectiva da definição de prioridades. É uma pesquisa qualitativa que busca estudar o modelo de definição de prioridades, onde a investigação dar-se-á através de entrevista semi estruturada e de análise documental, buscando compreender como ocorre a definição de prioridades nos diferentes espaços de gestão, de um sistema de serviços de saúde, no caso em estudo, o município de Cuiabá-MT. Portanto também solicito autorização para gravá-la para maior fidedignidade das informações.

A participação na pesquisa não terá benefícios individuais e a recusa em participar também não trará qualquer prejuízo na sua relação com o serviço, com a instituição de pesquisa ou com os pesquisadores. No entanto é de fundamental importância a sua participação, pois as informações fornecidas servirão para melhor compreender a gestão, para uma melhor definição de prioridades para a tomada de decisão no seu município e contribuir de maneira mais responsável ao modo de gerenciar problemas de saúde e que fazem parte do cotidiano dos trabalhadores do campo da saúde coletiva.

A previsão de tempo para a resposta é de meia à uma hora, dependendo da sua disponibilidade, serão feitas perguntas abertas, seu nome será mantido em sigilo e em nenhum momento da pesquisa será utilizado.

Comprometo-me ao término desta pesquisa divulgar os resultados primeiramente aos profissionais e gestores que participaram da pesquisa. Além disso, os resultados estarão à disposição a qualquer momento e sempre que solicitado. Após poderão ser veiculados em forma de artigos em revistas especializadas, encontros ou congressos científicos, mantendo sempre sigilo.

Nilva Maria Fernandes de Campos

Local e data: Cuiabá, ____ de _____ de 2008.

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Nome e Assinatura do Pesquisador: _____

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)