



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

LUZIA LUCÉLIA SARAIVA RIBEIRO

**PROCESSOS DE TOMADA DE DECISÃO EM SISTEMAS
MUNICIPAIS DE SAÚDE**

**FORTALEZA
2013**

LUZIA LUCÉLIA SARAIVA RIBEIRO

**PROCESSOS DE TOMADA DE DECISÃO EM SISTEMAS
MUNICIPAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade

**FORTALEZA
2013**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

R369p Ribeiro, Luzia Lucélia Saraiva.
Processos de tomada de decisão em sistemas municipais de saúde/ Luzia Lucélia Saraiva
Ribeiro. – Fortaleza, 2013.
146 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina. Programa
de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2013.
Orientação: Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade.

1. Tomada de Decisões 2. Gestão em Saúde I. Título.

CDD 362.1

LUZIA LUCELIA SARAIVA RIBEIRO

PROCESSOS DE TOMADA DE DECISÃO EM SISTEMAS
MUNICIPAIS DE SAÚDE

Dissertação apresentada à Coordenação
do Programa de Pós Graduação em
Saúde Pública, da Faculdade de
Medicina da Universidade Federal do
Ceará, como requisito parcial para a
obtenção do título de Mestre.

Aprovada em: 23 / 03 / 2013

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade (Orientador)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes
Universidade Federal do Ceará – UFC

Maria Vaudelice Mota
Prof.ª Dr.ª Maria Vaudelice Mota

Universidade Federal do Ceará – UFC

Patrícia Ribeiro
Prof.ª Dr.ª Patrícia Tavares Ribeiro
Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP
Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ

Ana Luiza d'Avila Viana
Prof.ª Dr.ª Ana Luiza d'Avila Viana
Universidade de São Paulo – USP

Ao meu companheiro, **Robério**, que dividiu comigo períodos de grandes dificuldades, quando a única coisa certa era a incerteza quanto ao futuro. A você, que encarou comigo a aventura de desbravar novos caminhos... Simplesmente acreditando em nós. (...) *“Que o amor só é lindo quando encontramos alguém que nos transforma no melhor que podemos ser”*.

Ao meu filho, **Diego**, por me possibilitar a compreensão, de forma espetacular, da existência Divina.

Aos meus pais, **Zé Nilton e Lia**, e aos meus irmãos **Kôca, Tico, Vado, Nino, Luci, Leu, Deba e Rafa**, por me ensinarem o que é superação. Bons frutos só podem vir de árvores boas.

Aos meus cunhados, **Roberto, Eudes, Rosangela, Rosivânia, Rejane, Eliclê, Geórgia, Sérgio, Diana, Jonas, Tota, Sandra, Marta, Clea, Jocerlan** - laços constituídos na cozinha da D. Lia e no quintal da Rosinha.

À família **Barbosa Lima**, que me acolheu como filha, em especial, a **Rosinha**, minha sogra-mãe.

E em nome de **Antônio Carlos Figueiredo Nardi, José Policarpo de Araújo Barbosa e Wilames Freire Bezerra** dedico este trabalho, de forma especial, a todos os gestores do SUS do Ceará e de todo o Brasil. Não há palavras que definam tamanha gratidão.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por não desistir de mim mesmo diante de tantas inconstâncias!

Agradecimento especial ao meu orientador, professor doutor **Luiz Odorico Monteiro de Andrade**, pela infinita disponibilidade e possibilidade de desfrutar de seus ensinamentos. As orientações coletivas, regradas sempre de um excelente almoço nordestino, nos possibilitaram uma relação criativa perante os desafios dos trabalhos acadêmicos. As individuais, 7 h da manhã do domingo, me tornavam a mais sortuda das orientandas.

Ivana, Daniel e Sofia: obrigada pela paciência e abraços carinhosos, que me fortaleciam a cada dia de atividade.

À **Vevé**, amiga, companheira que, quando minhas “asas” começavam a bater, me trazia para o mundo real com uma simplicidade na fala e na acolhida em momentos de inconstância.

A **Josy**, “Uma luz no fim do túnel”... Irmã do coração. “Amigos de verdade não esperam que os procuremos, simplesmente se fazem presentes”.

À **Benedita**, fiel companheira, que me ilumina deste o período das aulas no curso de Auxiliar de Enfermagem. Não foram à toa nossos encontros em tantas etapas. Deus sabe o que faz!

Roberta, Amélia, Suzamélia e Moacir Junior: seus mimos, cuidados e palavras me ajudaram a superar grandes desafios.

À **Celinha, Vera Coelho, Lilian e Alex**, pelas contribuições ao meu percurso profissional, mas, acima de tudo, pela amizade atenta e carinhosa.

Inez e Cicinha, fiéis companheiras: obrigada pelos cuidados ao meu filho e a toda a minha família.

Mislene, minha comadre: em seus nomes, agradeço a todos os amigos de Senador Pompeu. Obrigada pelo carinho e atenção.

Aos **amigos do Mestrado**, com quem pude estabelecer laços profundos de amizade e dividir momentos singulares; em especial, a minha irmã, **Jocélia**; quase formamos uma dupla sertaneja.

Aos amigos do COSEMS, **Wilames, Pedro, Josete, Marilza, Olímpia, Ângelo, Cléo, Amanda, Rafaela, Gláucia, Janaina, Clarisse, Karla, Renato, Luciano e Carlinhos** - meus sinceros agradecimentos.

Aos amigos da Escola de Saúde Pública do Ceará, os quais me acolheram e me fizeram renovar meu amor pela docência. **Silvia Bomfim** e toda sua equipe, vocês são parte desta história.

Aos **secretários municipais de saúde**, entrevistados deste trabalho, pela presteza, cordialidade e confiança. Obrigada pelo tempo disponível para este trabalho e, mais ainda, por me atenderem mesmo diante de uma agenda tão densa. Foi um enorme prazer cada visita, cada sessão, cada parada para atenderem aos inúmeros telefonemas.

Agradeço aos “**milhões**” de amigos que me possibilitaram a enxergar que a Felicidade é bem mais simples do que pensamos.

"Há muito tempo que eu saí de casa há muito tempo que eu caí na estrada há muito tempo que eu estou na vida foi assim que eu quis, e assim eu sou feliz principalmente por poder voltar a todos os lugares aonde já cheguei pois lá deixei um prato de comida um abraço amigo, um canto prá dormir e sonhar e aprendi que se depende sempre de tanta, muita, diferente gente toda pessoa sempre é as marcas das lições diárias de outras tantas pessoas"

Caminhos do Coração – Gonzaguinha

Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já têm a forma do nosso corpo. Esquecer os nossos caminhos que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia. E se não ousarmos fazê-la, teremos ficado para sempre à margem de nós mesmos.

(Fernando Pessoa)

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, que teve como objetivo analisar os processos e fatores intervenientes para a tomada de decisão em sistemas municipais de saúde. Os sujeitos da pesquisa foram secretários municipais de saúde do Estado do Ceará, selecionados com base em atributos definidos para a condução da pesquisa. O instrumento de coleta de informações foi um roteiro de entrevista, semiestruturado, contendo os principais elementos divididos em blocos: Poder Técnico, Poder Administrativo e Poder Político, com suporte no referencial teórico do sanitarista latino-americano Mario Testa. A aplicação foi realizada individualmente, utilizando-se de gravação como recurso de áudio, após autorização e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. A análise se deu pela técnica da Análise de Conteúdo, na perspectiva de Bardin (1977). Após estudo dos dados, pôde-se observar que no processo decisório há o entrelaçamento dos três poderes, além das muitas complexidades e subjetividades envolvidas nos processos da gestão de saúde. Com origem nas informações coletadas nas entrevistas, depreende-se que as dificuldades apontadas no processo decisório resultam bem mais das relações entre os atores envolvidos na atividade da gestão do que em aspectos objetivos, quais sejam, o porte do município e/ou a carência de recursos, na maioria das vezes, utilizada como argumento para justificar a ineficácia da política pública de saúde. De todo estudo realizado, constata-se que o cotidiano do gestor municipal de saúde está congestionado no conflito entre as ordenanças administrativas dispostas na legislação do sistema de saúde e a atuação dos agentes políticos, descompassados em relação ao planejamento administrativo e à capacidade econômica dos sistemas de saúde municipais. O grau de influência do poder político na tomada de decisão dificulta o nível de qualidade das equipes e a execução de ações planejadas. Enquanto o poder político atua na influência, o Poder Judiciário impõe a substituição dos critérios de atendimento por meio de decisões que invertem a ordem de preferência, ensejando, na maioria das vezes, a desigualdade entre os usuários.

Palavras-chave: Tomada de Decisões. Gestão em Saúde.

ABSTRACT

This is a qualitative research, which aimed to analyze the processes and factors involved in decision making in local health systems. The research subjects were municipal health secretaries of the State of Ceará, selected based on attributes defined for the conduct of research. The information collection instrument was a structured interview, semi-structured, containing the main elements divided into blocks: Power Technical, Administrative Power and Political Power, supported by the theoretical sanitarian Hispanic Mario Testa. The application was done individually, using the recording as audio feature after approval and signing the consent form. They were analyzed by the technique of content analysis, from the perspective of Bardin (1977). After studying the data, we observed that the decision process is the intertwining of the three powers, besides the many complexities and subjectivities involved in the processes of healthcare management. Originating on information collected in interviews, it appears that the difficulties pointed out in the decision process work well most of the relationships between the actors involved in the management activity than objective aspects, namely, the size of the municipality and / or the lack of resources, most often used as an argument to justify the ineffectiveness of public health policy. From all over study, it appears that the city manager's daily health is congested in the conflict between the ordinances placed on administrative legislation of the health system and the actions of political agents, out of step in relation to planning and administrative capacity of economic systems municipal health. The degree of influence of political power in decision making hampers the quality of the teams and the implementation of planned actions. While political power acts in influencing the judiciary enforces the replacement of care criteria through decisions that reverse the order of preference, allowing for, in most cases, inequality among users.

Keywords: Decision Making. Health Management.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CF	Constituição Federal
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
COSEMS	Conselho das Secretarias Municipais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional das Secretarias de Saúde (Estaduais)
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DASP	Departamento Administrativo do Serviço Público
IAC	Incentivo à Contratualização
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDTSF	Instituto para o Desenvolvimento de Tecnologias em Saúde da Família
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MS	Ministério da Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OBTV	Ordem Bancária de Transferências Voluntárias
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OP	Orçamento Participativo
PAS	Programação Anual de Saúde
PMS	Plano Municipal de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAG	Relatório Anual de Gestão

SARGSUS	Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão
SESA	Secretaria Estadual da Saúde
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SISPACTO	Aplicativo do Pacto pela Saúde
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UVA	Universidade Vale do Acaraú

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1 INTRODUÇÃO	19
2 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS	24
2.1 O processo decisório - definição e principais abordagens	24
2.1.1 <i>Aspectos conceituais do estudo da decisão</i>	25
2.1.2 <i>Evolução histórica do Processo de Decisão: uma breve passagem pela evolução do pensamento e a contemporaneidade da decisão</i>	27
2.1.3 <i>Principais modelos de tomadas de decisão</i>	31
2.2 A gestão de saúde pública no Brasil	39
2.2.1 <i>Enredo histórico da Administração Pública brasileira</i>	39
2.2.2 <i>O contexto administrativo na saúde: do modelo higienista ao SUS</i>	45
2.2.3 <i>O papel dos gestores e as instâncias de decisão na gestão do SUS</i>	48
2.3 O poder e o processo decisório	53
2.3.1 <i>O poder na saúde a luz de MARIO TESTA</i>	55
3 OBJETIVOS	61
3.1 Objetivo geral	61
3.2 Objetivos específicos	61
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	62
4.1 Tipo de estudo	62
4.2 Seleção dos entrevistados	63
4.3 Técnica de coleta dos dados	66
4.4 Tratamento dos dados	69
4.5 Questões éticas	72
5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	74
5.1 As tensões entre o poder técnico e administrativo e a confluência com o poder político	76

5.1.1	<i>Tomada de decisão a luz do Plano Municipal de Saúde (PMS) e Relatório Anual de Gestão (RAG)</i>	77
5.1.2	<i>Tomada de decisão e a seleção de cargos de liderança</i>	84
5.1.3	<i>Tomada de decisão e a relação Gestor/Prestador</i>	88
5.1.4	<i>Tomada de decisão e a regulação de Atenção a Saúde</i>	90
5.1.5	<i>Tomada de decisão ante ao Fundo Municipal de Saúde</i>	95
5.1.6	<i>Tomada de decisão frente aos setores vinculados à Contabilidade Pública: articulação e prestação de serviços contábeis</i>	98
5.1.7	<i>Tomada de decisão ante os setores vinculados à ordem de pagamento (tesouraria)</i>	100
5.1.8	<i>Tomada de decisão ante a nomeação dos setores vinculados (Contabilidade, Tesouraria e Licitação)</i>	102
5.1.9	<i>Tomada de decisão relacionada à contratação de funcionários</i>	103
5.1.10	<i>Tomada de decisão ante o setor de Licitação</i>	104
5.2	Tomada de decisão e a capacidade do secretário municipal de saúde em dialogar com os demais integrantes do poder político	105
5.2.1	<i>A dinâmica das relações com o prefeito sob a óptica do gestor de saúde no processo decisório</i>	107
5.2.2	<i>A dinâmica das relações com o Poder Legislativo (vereadores) sob a óptica do gestor de saúde no processo decisório</i>	109
5.2.3	<i>A dinâmica das relações com o Poder Judiciário sob a óptica do gestor de saúde no processo decisório</i>	110
5.2.4	<i>A dinâmica das relações com os movimentos sociais (igrejas, associações de bairros, ONGs) e com o Conselho Municipal de Saúde sob a óptica do gestor de saúde no processo decisório.</i>	113
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
REFERÊNCIAS		120
APÊNDICES		130
ANEXOS		134

APRESENTAÇÃO

O que foi compreendido não existe mais; O pássaro confundiu-se com o vento; O céu, com sua verdade; O homem, com sua realidade.

Paul Éluard (O poeta da liberdade)

No transcorrer do exercício profissional, criam-se mudanças na forma de pensar, atuar, relacionar-se, sempre vinculadas ao plano de desenvolvimento da pessoa.

O texto em epígrafe compartilha do momento atual em que nos sentimos inserida: uma confusão de realidade, mas com uma singularidade em que sustenta a importância do aprender a cada dia e viver na sua maior essência - os laços constituídos, os sonhos alimentados e as decisões tomadas.

Para compreender este trecho, trazemos um pouco da nossa trajetória profissional.

Começamos a atuação em saúde no ano de 1992, como auxiliar de enfermagem na Maternidade e Hospital São Vicente de Paulo, em Barbalha - Ceará.

Iniciando um novo ciclo, *tomamos a decisão* de voltar a estudar, com o objetivo de aprovação no curso de Enfermagem. O sonho foi embalado em noites e noites, tentando compreender as funções matemáticas, química, física e, mais ainda, a nova adaptação de uma realidade: estudante era nossa profissão.

Aprovada no curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA- uma nova etapa começava. Em Sobral - Ceará - acompanhamos e participamos de vários momentos de debate da gestão de saúde pública. A organização do Sistema Local de Saúde do Município passava por uma grande reformulação.

Segundo Andrade e Martins Jr (1999), até o ano de 1996, Sobral tinha como principal característica um governo municipal quase ausente na formulação e execução das suas políticas públicas. Esta característica perpassava todos os setores da Administração e, de forma bastante acentuada, o da saúde. A nova proposta foi traçada, buscando-se a inversão deste modelo para outro, onde se trabalhava o conceito de saúde como qualidade de vida e o

processo saúde doença como fruto de uma produção social, muito mais do que simplesmente de uma história natural (biológica) da doença.

Neste tempo, fomos fazendo a imersão no Sistema único de Saúde - SUS, como representante dos acadêmicos nas reuniões do Colegiado de Gestão da UVA e membro integrante da Comissão Científica da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, participando do grupo de pesquisa do Instituto para Desenvolvimento de Tecnologia em Saúde da Família – IDTSF, além de movimentos estudantis diversos.

Já graduada, como gerente de Unidade do Programa Saúde da Família – PSF - mergulhávamos nas discussões inerentes aos desafios da gestão das unidades nas “rodas”¹ das terças feiras na Escola de Saúde da Família Visconde de Sabóia.

O desafio profissional se alargou, quando vivenciamos a prática da Gestão de Saúde Pública Municipal, logo após a conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Os referenciais teóricos mais burocráticos da vida acadêmica, na maioria das vezes, eram deixados num ambiente de um “certo saudosismo” para ganhar espaço de convivência na gestão pública junto a um intrincado universo das decisões humanas.

Durante este tempo, participamos de várias instâncias decisórias do SUS². Fomos vice presidente da Comissão Intergestores Bipartite Microrregional - CIB³/MR - (Quixadá – Ceará), membro da CIB estadual, representando os municípios de pequeno porte, secretaria geral e vice presidente do COSEMS – Conselho das Secretarias Municipais de Saúde.

Em todos estes espaços, compartilhávamos inquietações sobre a Gestão de Saúde Pública no âmbito dos municípios. Atuávamos com suporte em um arcabouço altamente técnico, mas não poderíamos desvincular das demandas políticas; ou seja, a tomada de decisão permeava diversos espaços e por diversas vezes alterava a dinâmica do trabalho.

¹ A concepção teórica do método da Roda é do Gastão Wagner de Sousa Campos, em sua obra ‘Um método para análise e cogestão de coletivos’ (2000). A cogestão apresenta-se no contexto das práticas da gestão pública como proposta de democratização das relações de poder entre as pessoas. Sua efetividade prática revela-se sob a análise da existência de três componentes: pedagógico, administrativo e terapêutico. “*O Método da roda (ou a Paidéia) é um método de apoio à cogestão. Tem por objetivo o exercício da gestão formando sujeitos capazes de analisar e intervir no ambiente de trabalho.*” (CAMPOS, 2000, p.185).

² Instâncias decisórias do SUS discutidas no item 2.2.3 – O Papel dos gestores e as instâncias de decisão na gestão do SUS – Pag. 49

³ O Decreto 7508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990, no seu Capítulo V, Seção I – Da Articulação Interfederativa; Das Comissões Intergestores, altera a nomenclatura de CIB MR para CIR – Comissão Intergestores Regional (BRASIL, 2011).

Estas dimensões indissociáveis da atividade de gestão burilavam nossa mente. Numa dinâmica de contradições, a tomada de decisão, por muitas vezes, não prevalecia nos critérios técnicos.

Assim, após seis anos como gestora de saúde, já “entrando em parafusos” com os dilemas de uma tomadora de decisão, *tomamos a decisão* de avaliar nossa prática retornando para a academia no otimismo, entre outros, de conseguir compreender este fenômeno, imputando a ele enorme relevância, considerando a complexidade do assunto.

Durante as disciplinas no mestrado, necessitamos desconstituir conceitos e compreender nossa trajetória, ante a necessidade de clarificar nosso objeto de estudo.

Para isso, nos aproximamos dos estudos de Mario Testa, autor latino americano, que descreve com maestria o que ele chama de *Poder Setoriados na Gestão de Saúde*.

Testa (1992) descreve que a gestão de saúde opera em três tempos na relação de *poder setoriados* em: tempo técnico – análise e manejo de informações; tempo administrativo – varias fases do financiamento e tempo político – que deve ser considerado como ideologia.

Nos espaços de tomada de decisão da Administração Pública local, esta abordagem proposta por Testa (1992) (*poder setoriados – técnico, administrativo e político*) situa os gestores no centro de uma trama estratégica em que são realçadas as suas ideologias, interesses, concepções, motivações e objetivos políticos.

A partir de então, percebendo a identificação com o estudo de Mario Testa, realizamos aproximações com a indagação deste trabalho, que foi movido pela necessidade de compreender o fenômeno da tomada de decisão: **Como se estabelece a tomada de decisão nos espaços da gestão municipal de saúde?**

Este questionamento moveu, então, o foco do estudo para a compreensão do cenário da gestão de saúde em municípios do Estado do Ceará, onde as categorias de poder a luz de Testa (1992) foram utilizadas no estudo da tomada de decisão, conforme figura 1.

Uma das expectativas subjacentes ao longo deste estudo esteve baseada na vontade de criar um espaço de reflexão e de fornecer subsídios necessários sobre a prática da

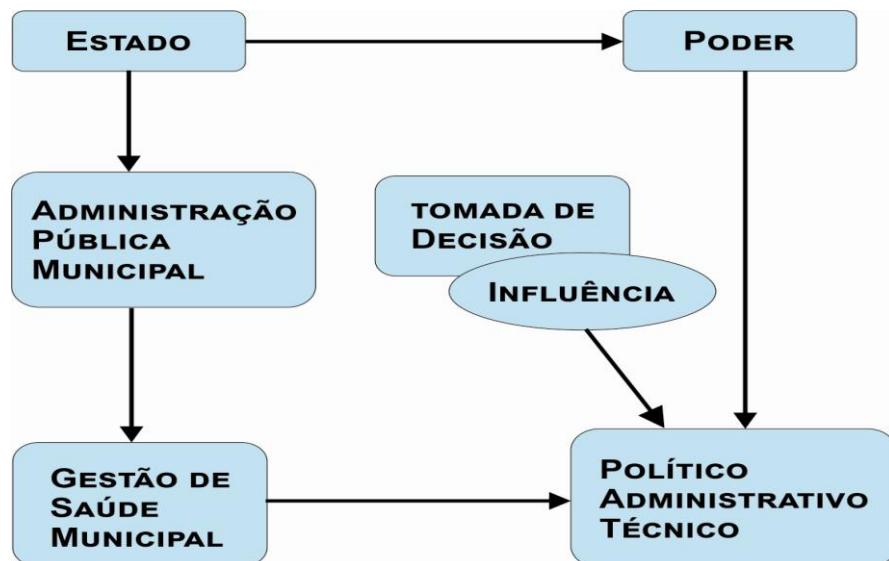
gestão municipal de saúde com origem na compreensão empírica do processo de tomada de decisão.

Para tal, na introdução contextualizamos o processo de tomada de decisão e a gestão de saúde pública, e ao passo que, nos capítulos seguintes, trazemos os pressupostos teóricos no objetivo de clarear as dimensões que o problema exprime e, em seguida, delineamos a abordagem metodológica utilizada para este fim.

Para exame dos dados, utilizamos a técnica de Análise de Conteúdo e retomamos o suporte teórico basilar. Ousamos apresentar, com base nas entrevistas, as tensões entre os poderes técnico e administrativo e a confluência com o poder político bem como a capacidade do secretário de saúde em dialogar com os demais integrantes do poder político.

Na conclusão, trazemos uma síntese dos pontos principais derivados das entrevistas, bem como a indicação de propostas para o fortalecimento da decisão.

Figura 1 - Categorias utilizadas para o estudo da tomada de decisão na gestão pública de saúde dos municípios do Estado do Ceará



Fonte: elaboração própria baseado em Andrade, 2006.

1 INTRODUÇÃO

A tomada de decisão é constante no dia a dia e, a todo o momento, somos situados em uma posição onde é necessário optar, examinar, investigar, decidir, escolher e agir perante as poucas ou muitas opções que nos são fornecidas, indo desde tópicos pessoais até decisões mais abrangentes, de ordem profissional.

O processo decisório foi estudado ao longo do tempo, sob diversas perspectivas, que caminham de modelos racionais burocráticos e preditivos até padrões políticos, com ênfase no conflito e na negociação.

Pesquisadores teóricos e empíricos, bem como administradores, se esforçam no intuito de melhor compreender e conduzir a tomada de decisão. Todas as organizações, sejam elas públicas ou privadas, defrontam-se com esta questão (GONTIJO; MAIA, 2004).

Para Lindblom (1981), o processo decisório não é ordenado, com princípio, meio e fim definidos, mas um percurso complexo onde soluções para um grupo podem representar problemas para outro. Esse seguimento envolve interação, influência, controle e poder, e sua cabal compreensão expressa a necessidade de conhecer as características dos participantes, os papéis que desempenha a autoridade a que estão submetidos e sua relação entre os membros da instituição decisória. Resulta, ainda, de um complexo de decisões tomadas com base em análises técnicas e escolhas racionais individuais e considerações subjetivas.

Pereira e Fonseca (1997) asseveram que as decisões são atos de poder. No momento em que alocam recursos, definem estratégias, conduzem o destino de organizações e de pessoas, os gestores assumem uma dimensão política muito semelhante a de um governo. No cotidiano, a viabilização desse processo, que na maioria das vezes é cheio de conflitos de interesses, exige objetivos compartilhados, liderança, comunicação efetiva e habilidade de negociação constante.

Para Simon, criador da Teoria da Decisão (1970), a essência de várias atribuições administrativas é, fundamentalmente, uma tomada de decisão e esta, por sua vez, uma atividade eminentemente humana e comportamental.

Sendo esta atividade eminentemente humana, o processo decisório é objeto de estudo de vários autores, com abordagens bastante diferenciadas, que vão desde as teorias

clássicas da Administração até áreas da Psicologia. As explicações divergem com relação aos pressupostos considerados, com maior ênfase, ora aos aspectos racionais do processo, ora aos organizacionais, ora aos políticos, e, mais recentemente, àqueles relacionados com o psicológico e a intuição. Pontos de vista diferentes no estudo do processo decisório moldam não apenas a maneira como as decisões são tomadas, mas também os próprios métodos de investigação e as explicações subsequentes (MILLER; HICKSON; WILSON, 2001).

No caso específico da gestão de saúde pública no Brasil, acompanhamos e vivenciamos significativas transformações, desde a Constituição de 1988 (BRASIL, 2003). Com a criação do Sistema Único de Saúde - SUS, tendo por característica a desconcentração de poder, mediante a transferência de atribuições gerenciais e de recursos financeiros, às unidades subnacionais, inaugura-se outro padrão de relações político-institucionais, abrindo possibilidades inusitadas de avançar na democratização da tomada de decisões e na aplicação real dos seus princípios.

Nestas possibilidades, podemos apontar as mudanças introduzidas no Texto Constitucional e da Lei Orgânica da Saúde (Leis nº8080 e nº8142) em 1990, onde as decisões, em matéria de saúde pública no Brasil passaram a envolver novos e múltiplos atores, impondo mudanças significativas no desenho e formulação das políticas setoriais, com importantes inovações institucionais em termos da dinâmica do processo decisório (LUCCHESE, 2004).

Para a autora, esta nova concepção do sistema de saúde, descentralizado e administrado democraticamente, com a participação da sociedade organizada, afetou as relações de poder político e a distribuição de responsabilidade entre o Estado, a sociedade e os distintos níveis de governo – nacional, estadual, distrital e municipal, - onde os gestores da saúde assumiram papel fundamental para concretizar os princípios e mecanismos da reforma sanitária brasileira.

As mudanças institucionais foram e continuam sendo voltadas para o estabelecimento progressivo de um sistema público descentralizado, onde os municípios passaram a ter responsabilidade direta sobre o planejamento e a organização dos sistemas locais de saúde, administrando serviços, insumos e recursos humanos, materiais e financeiros.

Em tal perspectiva, o município transformou-se no principal protagonista nesta organização. Este como espaço onde as práticas concretas acontecem, na maioria das vezes, ainda baseadas em mecanismos tradicionais e interesses consolidados e, por assumir novas

funções e ser *locus* de mudanças, é um nível de grande importância nos processos de tomada de decisão.

A tomada de decisão na gestão em saúde é complexa e permeada de subjetividade e incertezas. Paim e Teixeira (2006), referindo-se à área de políticas, planejamento e gestão em saúde, ressaltam essas características, acentuando que há momentos em que faltam conhecimentos para a tomada de decisão, outros em que há conhecimentos suficientes, mas as decisões são adiadas e, ainda, existem aqueles em que as decisões são necessárias, mesmo diante de escassas evidências.

Na necessidade de compreender a tomada de decisão muito mais estabelecida no ritmo e conteúdo pelas determinações políticas, põem-se em evidências várias limitações na atividade da gestão. Como são definidas as prioridades e quais fatores intervenientes na tomada de decisão? Em tantas outras interrogações, a tomada de decisão se torna uma etapa crítica do processo gerencial.

Mesmo considerando que as mudanças não dependem apenas dos Gestores⁴, é notório que este exerce papel decisivo na condução política do sistema de saúde onde atua em dois sentidos bastante imbricados: - o político e o técnico, - ou seja, os gestores operam suas ações desde um arcabouço altamente técnico, sendo também negociadores políticos.

Reconhecer as duas dimensões indissociáveis da atuação dos gestores da saúde – a política e a técnica – pode ajudar a compreender a complexidade e os dilemas no exercício dessa função pública de autoridade sanitária.

Na lição de Oliveira (2009), a atuação política do gestor do SUS é expressa em seu relacionamento constante com diversos grupos e atores sociais, nos diferentes espaços de negociação e decisão formais e informais. Os objetivos a serem perseguidos na área da saúde exigem a interação do gestor com os demais órgãos governamentais executivos (outros ministérios ou secretarias de governo), com outros poderes (Legislativo e Judiciário), com gestores de outras esferas de governo e com a sociedade civil.

⁴ Souza (2002) especifica que os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) são os representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do executivo na saúde.

A atuação técnica do gestor do SUS, permanentemente permeada por variáveis políticas, se consubstancia por meio do exercício das funções e atribuições na saúde, cujo desempenho depende de conhecimentos, habilidades e experiências no campo da gestão pública e da gestão em saúde. Tais funções podem ser definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas da gestão necessárias para a condução de políticas na área da saúde (OLIVEIRA, 2009).

O desafio na tomada de decisão é articular estes saberes no cotidiano da gestão de saúde pública.

Conforme proposto na apresentação, Testa (1992) discute a relação dos poderes técnico, administrativo e político na saúde. Neste caso, o poder é uma categoria que não podemos desconsiderar, sendo deveras importante na análise de processos decisórios⁵.

O Estado, segundo o autor, é mediador das relações de poder na sociedade, caracterizado pela existência de espaços de decisão, isto é, locais onde se organizam os recursos para a mediação dos conflitos e contradições institucionalizadas no contexto das expressões políticas das relações sociais, ou seja, o poder não é só capacidade, é também relação que perfaz a sociedade e é indissoluvelmente ligado ao Estado.

Para Miller, Hickson e Wilson (2001), o poder é divisado como um fator-chave na explicação de como as decisões são tomadas. Os autores expressam que as decisões podem ser vistas como focos de atividade política, relacionadas à alocação e ao exercício do poder nas organizações.

Para Testa (1992), em algum momento da dinâmica do poder, os poderes administrativos e técnicos ficam subsumidos no poder político.

O poder e a política se consorciam, ocupando espaço de interlocução na agenda da gestão de saúde. Arenas⁶ de embates constantes entre escolhas políticas e técnicas, assumem elevado grau de importância na formulação e implementação da política de saúde atual, bem

⁵ Abordado no capítulo 2.3: o Poder e o processo decisório e o poder na saúde a luz de Mario Testa pag.54

⁶ Mintzberg (1985) *appud* Gontijo e Maia (2004) define como **arena política** o modo informal com que a organização lida com os conflitos observados internamente, identificando quatro tipos de arenas políticas: completa, onde o conflito é intenso, difundido e instável; confrontação, cujo conflito é intenso, reprimido e instável; aliança instável, que trata de um conflito moderado, reprimido e possivelmente resistente, e Organização política, caracterizada pelo conflito moderado, difundido e resistente.

como a prática de ⁷Gestão Municipal de Saúde, onde os processos decisórios, muitas vezes desvinculados das reais demandas sociais, dependem de fatores exógenos e conjunturas que impõem mudanças e improvisos.

Em razão desses fatores, a realidade organizacional é permeada de desacordos a respeito de objetivos a serem alcançados ou problemas a serem resolvidos (que direção tomar) e a respeito de como os objetivos devem ser alcançados. Nesse âmbito o processo decisório está sujeito aos efeitos do poder e da política (HATCH, 1997).

Uma reflexão sobre o processo decisório na gestão de saúde pública dos municípios, em um momento de mudanças de paradigmas, merece atenção especial na ambiguidade da relação técnico/administrativo/política que entrelaça as atribuições dos gestores, porquanto o que está em causa não é um indivíduo, único, mas um grupo de pessoas, e, como tal, permeado por lógicas, interesses e valores nem sempre convergentes.

⁷ A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1997) divide a atividade gerencial em dois conceitos aplicados a dois atores. **O primeiro é o termo gerência**, conceituado como a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.). **O segundo é gestão**, definida como a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. São, portanto, gestores do SUS os secretários municipais e estaduais de saúde e o ministro de saúde, que representam, respectivamente, os governos no âmbito municipal, estadual e federal.

2 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

2.1 O processo decisório - definição e principais abordagens

O homem sempre teve que tomar decisões, algumas sem muita importância, outras merecedoras de análise mais aprofundada antes da definição de qual ação deveria ser exercitada. Desde a nossa criação, enfrentamos o dilema de tomar decisões, sejam estas conscientes ou inconscientes, racionais ou irracionais. Numa organização, por exemplo, a todo o momento, uma decisão precisa ser tomada sempre que estamos diante de um problema que exprime mais de uma opção com vistas a solucioná-lo. Mesmo quando, para resolvê-lo, possuímos uma só opção a seguir, adotar essa opção ou deixar de fazê-lo. Este processo de escolher o caminho mais adequado, naquela circunstância, também é conhecido como tomada de decisão (MORITZ; PEREIRA, 2006).

A tomada de decisão é fenômeno muito antigo, estudado com o objetivo de encontrar algum caminho que permita facilitar a complexidade do assunto.

A história nos mostra uma preocupação constante do homem com o seu destino, com possibilidades de moldá-lo ou de exercer controle sobre ele. Desde os primórdios da civilização, o ser humano procurou, em seu contexto sociocultural, referência balizadoras para as suas decisões. Durante milênios, na Pré-História, a pessoa humana se guiava pela interpretação de coisas (vísceras de animais, fumaça e sonhos) para tomar uma decisão. Mais tarde, buscava nas divindades esse auxílio para que pudesse tomar decisões consideradas sábias. Desta forma, as decisões tomadas na época eram fortemente influenciadas por entidades divinas e seus representantes (MORENO, 2009).

Nas culturas mágicas originárias, o homem estabelecia formas de comunicação com o sobrenatural para imaginar o futuro antes de tomar decisões importantes. Rituais mágicos e mitos representaram, e ainda representam, formas de enfrentar a angústia advinda da incapacidade de perceber o sistema maior, e entender as relações de causa e efeito observadas no cotidiano (PEREIRA; FONSECA, 2009).

Os autores descrevem, ainda, que muitas decisões, em toda a história pré-científica, partiam da observação dos padrões e das inter-relações dos eventos da natureza. O vento, o sol, a lua, e as estações do ano fascinavam, por serem enigmáticos. Como todos os eventos naturais possuem uma ordem e uma inter-relação permanente, os indivíduos

que conseguiam entrar em sintonia com a ordem natural desses eventos adquiririam, teoricamente, a capacidade de tomar decisões mais acertadas. O uso inteligente de um mapa desses fenômenos naturais, criado e manipulado por pessoas observadoras, intuitivas e pacientes, garantiu o acerto de muitas decisões e a manutenção do próprio poder.

Para compreensão do cenário atual, mostramos como ocorre a evolução das abordagens ao nível dos conceitos centrais e com essa evolução se desenvolve nas próprias relações humanas.

Não há, por isso, a preocupação de analisar exaustivamente as posições dos vários autores, mas, antes, a pretensão foi agrupar por grandes linhas de pensamento o que representa essa evolução.

2.1.1 *Aspectos conceituais do estudo da decisão*

A palavra **decisão** é formada por prefixo *de* (prefixo latino que significa parar, extraír, interromper) que se antepõe à palavra *caedere* (que significa cindir, cortar). Literalmente então, o termo decisão significa parar de cortar ou deixar fluir (PEREIRA; FONSECA, 2009).

Toda decisão resulta de uma escolha entre opções ou possibilidades. Como leciona Chiavenato (2000), decisão é a análise e a escolha entre várias opções disponíveis do curso de ação que a pessoa deverá seguir.

Para Maximiano (2000),

Decisões são escolhas que as pessoas fazem para enfrentar problemas e aproveitar oportunidades e é um ingrediente importante do trabalho do gestor. Muito do que os gestores fazem é resolver problemas e enfrentar outros tipos de situações que exigem escolhas. Os problemas podem ser definidos de diversas maneiras. Com palavras diferentes, todas as definições exprimem a mesma ideia básica: um problema é uma situação que provoca frustração, irritação, interesse ou desafio. Uma oportunidade pode ser vista da mesma forma; é uma situação que cria interesse e sensação de desafio por causa da expectativa de recompensa (p.184).

Drucker (2001) defende a necessidade da atenção, por parte do gestor, em relação a sua percepção do que ocorre no mundo. Segundo o autor, este procedimento influenciará a forma como a organização poderá ser vista e será determinante para a tomada de decisão. Para ele, o que define o gestor é justamente esperar-se dele, por virtude da formação e do conhecimento, que tome decisões com significativo impacto sobre toda a organização, seu

desempenho e resultados.

Com efeito, Braga (1988) faz interessante analogia entre o fenômeno da visão humana e o processo decisório. Para a autora,

Decidir é algo simples e ao mesmo tempo complexo. É como o fenômeno da visão. Ver é muito simples; porém se fizer um corte lateral na cabeça humana vamos perceber a quantidade de nervos, veias, entroncamentos e complexidades do corpo sem as quais não poderíamos ver. Neste sentido, o processo decisório é semelhante, porque decidir é simples. Entretanto, se fizermos um corte epistemológico num processo de decisão organizacional, vamos perceber sua complexidade, inúmeros e variados ingredientes, informações, comunicações, políticas, entroncamentos, culturas organizacionais, ligações, ramificações e coligações. (p.21).

Desde o século XVII, o estudo da decisão foi quase sempre feito mediante abordagem polarizada. A maior polaridade decorre da constatação de que, mais do que lógica, ela é psicológica, ou seja, surge da percepção de um problema, depende da motivação do decisor para resolver este problema, envolve valores e critérios nos quais o decisor se baseia; está relacionada com a cultura, com os sistemas de poder vigentes e com os comportamentos decorrentes desse contexto; envolve perdas, lida com angústia e com frustrações, pois a escolha da alternativa implica a renúncia de todas as outras; lida com a incerteza e constitui um processo desgastante emocionalmente; exige criatividade para identificar alternativas em ambientes mutantes (PEREIRA; FONSECA, 2009).

Outra corrente procura explicar o processo decisório por meio de aspectos biológicos. Essa versão é representada principalmente pelas teorias que atribuem diferentes funções aos hemisférios cerebrais: o hemisfério esquerdo abrigaria as funções lógicas, a linguagem, o racional; e o hemisfério direito teria relação com a intuição, a percepção do todo, com a sensibilidade (PEREIRA; FONSECA, 2009).

A intuição⁸ ganha destaque no estudo contemporâneo da decisão porque a incapacidade de analisar todas as alternativas e todas as consequências exige a existência de

⁸ Intuição e decisão no processo decisório são abordadas por Motta e Vasconcelos (2002) mediante as seguintes proposições: a decisão é uma sequência de análise e comparações, da qual resulta indicação das possíveis opções de ação, produzindo uma ou mais soluções para o problema; as opções são submetidas a critérios e só são levantados os dados da alternativa que satisfizer o critério estabelecido; não há como separar a preferência pessoal de cada um em escolher uma entre várias opções que parecem igualmente boas; e o julgamento pessoal é necessário porque na maioria das vezes não conhecemos a realidade por completo, em decorrência da sua complexidade e do tempo limitado para descobri-la.

procedimentos heurísticos⁹ para a solução dos problemas.

Pereira e Fonseca asseveram que nos últimos anos, as decisões ditas “instantâneas”, fruto da percepção, mostram-se como objeto de estudo científico e muito valorizadas não apenas na vida cotidiana, mas também no contexto organizacional.

Atualmente, uma nova forma de pensar, em relação à tomada de decisão, emerge globalmente. Esse novo pensamento baseia-se em reações e valores surgidos recentemente na sociedade mundial em face da globalização. Para compreensão desta forma emergente na tomada de decisão, entretanto, aduzimos uma breve passagem pela evolução do pensamento administrativo.

2.1.2 Evolução histórica do processo decisório: breve passagem pela evolução do pensamento administrativo e a contemporaneidade da decisão

A Teoria Administrativa é uma ciência nova, que surgiu no início do século XX, em decorrência das acentuadas mudanças verificadas na estrutura social do trabalho, causadas pela Revolução Industrial (CHIAVENATO, 2010).

Nasceu apadrinhada por um conjunto de valores funcionais e mecanicistas e as organizações foram concebidas apenas como instrumentos técnicos, destinados a alcançar de um objetivo primordial: a maximização dos lucros e dos resultados. Com efeito, não era de se estranhar que os fatores determinantes das escolhas ou os critérios da avaliação das opções tomassem como base apenas a relação custo/benefício (PEREIRA; FONSECA 2009).

Vista como uma das ciências humanas, a Teoria Administrativa está atrelada à história e necessita de um referencial a respeito da natureza do homem como trabalhador.

O tema “decisão” foi abordado por todas as ciências do comportamento, mas todas, sem exceção, tomaram como base o “homem como animal racional”, composto por corpo, mente e razão¹⁰.

⁹ Capacidade de um sistema fazer, de forma imediata, inovações positivas para um determinado fim. A capacidade heurística é uma característica dos seres humanos, cujo ponto de vista pode ser descrito como a arte de descobrir e inventar ou resolver problemas mediante a criatividade e o pensamento lateral ou pensamento divergente (MORITZ; PEREIRA, 2006).

¹⁰ A racionalidade é a capacidade de usar a razão para conhecer, julgar e elaborar pensamentos e explicações, e é ela que habilita o homem a escolher entre opções, a julgar os riscos decorrentes de suas consequências e efetuar escolhas conscientes e deliberadas (PEREIRA; FONSECA, 2009).

Sua primeira abordagem foi chamada de **Escola da Administração Científica, ou Escola Clássica ou Racional** (1910 a 1950), e nela poucos temas foram tratados de maneira tão técnica, fragmentada e unilateral como o processo decisório (MORITZ; PEREIRA 2006).

Um dos fundamentos dessa Escola era a postulação de que o homem é um ser fundamentalmente racional, e, em consequência, “ao tomar uma decisão conhece previamente todos os cursos de ação disponíveis, bem como as consequências da opção por qualquer um destes” (MOTTA; VASCONCELOS, 2002).

Supunha-se que o único envolvimento do trabalhador fosse a busca de recompensas materiais e não levasse em conta as implicações psicológicas do comportamento humano no trabalho; o homem é considerado como “*homo economicus*” na perseguição do maior lucro.

Como o ambiente era estável, relativamente simples, e as informações restritas, supunha-se que os decisores detivessem conhecimento bastante amplo de todas as opções e de suas consequências, havendo, portanto, solução única e correta para os problemas, que cabiam ao decisor encontrar. Durante este período, a decisão foi considerada um atributo essencialmente lógico, fruto da racionalidade técnica, um instrumento para promover a funcionalidade, centrada nos limites da sua utilidade e mensurada pelos resultados práticos que lograva conseguir (PEREIRA; FONSECA, 2009).

A década de 1960 foi precursora de grandes mudanças em todas as áreas. Na Teoria Administrativa, surgiu o movimento conhecido como Escola das Relações Humanas, nascido da contribuição da Psicologia Social, que deu um grande passo ao reconhecer o trabalhador como um ser humano capaz de pensar, decidir, ser motivado, e não apenas um simples recurso. Eles entenderam que seria impossível isolar os aspectos lógicos do homem no trabalho e que os sentimentos, atitudes e valores afetam, positiva ou negativamente, o processo de trabalho.

Para Pereira e Fonseca (2009), embora comprometidos com o trabalho, os psicólogos sociais dessa época cometeram um grande equívoco. Preocuparam-se com as emoções e sentimentos dos trabalhadores, mas não procuraram alterar os valores, os objetivos, as políticas e as estruturas das organizações, ou seja, o trabalhador foi tratado como um ser reativo, passível de ser ajustado ao contexto do trabalho, mas sem autonomia para interferir

no contexto. Consoante os autores, o que os psicólogos sociais conseguiram na realidade foi submetê-lo, ainda mais, às necessidades e conveniências do sistema dentro do modelo de “homem organizacional”.

As decisões prevalentes nesse período continuaram a adotar como base a racionalidade funcional, pragmática e objetiva, centrada cada vez mais no alcance das metas. Esse tipo de racionalidade passou a ser o paradigma oficial da gerência, exacerbando os apelos produtivos da sociedade de mercado, que cresceu desmensuradamente, até o ponto em que se encontra hoje.

Na história do pensamento administrativo, aparece nessa época a contribuição de Herbert Simon, um economista que traz à baila um enfoque comportamental da decisão, dando inicio ao enfoque multidisciplinar que até hoje prevalece.

Simon (1970) traz, no seu clássico livro *O Comportamento Administrativo*, o nascimento da Teoria das Decisões. O autor descreve que a Teoria Comportamental¹¹ concebe a organização como um sistema de decisões. Nesse sistema, cada pessoa participa racional e conscientemente, tomando decisões individuais a respeito de opções racionais de comportamento.

Propõe que, para ser interpretado com clareza, o vocábulo racionalidade seja acompanhado por um adjetivo que caracterize melhor, a saber: a) Racionalidade objetiva: quando o comportamento do decisor se baseia em fatos e dados mensuráveis ou prescritos que são eficazes no alcance dos objetivos propostos. b) Racionalidade subjetiva: quando o decisor se baseia em informações e conhecimentos reais, filtrados pelos valores e experiências pessoais. c) Racionalidade consciente: quando a adequação dos meios aos fins foi deliberadamente provocada (por um individuo ou uma organização). d) Racionalidade organizacional: quando é orientada no sentido dos objetivos da organização. e) Racionalidade pessoal: quando visa aos objetivos de um indivíduo.

¹¹ Apesar de denominar-se uma teoria comportamental da decisão, os trabalhos de Simon podem ser ainda enquadrados na abordagem racionalista humana.

O autor conclui que a racionalidade depende do contexto e é limitado por ele. Por isso, o comportamento, mesmo quando encarado como racional, possui muitos elementos de incongruência e jamais ocorre numa forma previsível, ideal.

Com isso, ele procurou demonstrar que não existe decisão perfeita, porque é impossível uma avaliação completa de todas as opções e suas consequências, já que a capacidade do ser humano é limitada (limites cognitivos). A racionalidade, neste caso, consiste em escolher a opção mais satisfatória e concentra-se nela¹².

As decisões mudam por meio da história, refletem seus valores, crises, e paradigmas. É importante observar até aqui o caráter racional e determinístico das escolas referidas e a forte influência destas características no processo decisório das organizações.

Nas organizações contemporâneas, há três eventos de enorme importância no estudo da decisão consoante expressas por Pereira e Fonseca (2009), a seguir.

- O avanço e o uso cada vez mais generalizado da Informática e da Cibernética, proporcionando enorme volume e grande velocidade na geração de informações, o que multiplica o número de opções disponíveis e aumenta a complexidade do processo decisório.
- O uso de novos recursos, que viabilizam a agilidade e a precisão do processo decisório, como os modelos matemáticos, as estatísticas baseadas em fatos e dados, todos eles decorrentes e ainda apegados ao modelo científico cartesiano, caracterizado pela fragmentação e pele superespecialização.
- A diminuição considerável do emprego como relação de trabalho e a conquista da autonomia do trabalho, por meio da terceirização, da microempresa e das organizações virtuais.

Pode-se conjeturar a Administração nas mais diversas visões e probabilidades evolutivas. Para Ramos (1982), a história moderna está gestando o “homem parentético”, isto é, o homem entre parênteses, em estado de suspensão, perplexo ante a crise, mas também em estado de reflexão, uma vez que não aceita mais ser um objeto do sistema ou conivente com

¹² A tentativa de reduzir ou de fragmentar a análise para sustentar as decisões faz muito sentido para o modelo tradicional da metodologia científica. Exatamente por incorporar esse tipo de valores, o estudo da decisão ganhou conotação científica, negada a outros aspectos da Teoria Administrativa (PEREIRA; FONSECA, 2009).

valores diferentes dos seus. Ao contrario, ele se sente capaz e motivado para participar, intervir e mudar o sistema social. Sabe que terá que encontrar novas formas para administrar a crise.

Para o mesmo autor, tais seres humanos não pautam suas decisões apenas pelos ditames da racionalidade funcional ou da sociedade de mercado. Passaram a ter uma consciência critica altamente desenvolvida das premissas de valor presentes no dia a dia. A atitude crítica suspende ou situa entre parênteses a crença no mundo comum, permitindo à pessoa alcançar um nível de pensamento conceitual e, portanto, de liberdade.

A Teoria Administrativa moderna identifica a decisão como algo contingencial, que não é apenas lógico, racional ou sequencial, mas intuitivo, criativo, subjetivo, circunstancial, além de condicionado pelos hábitos de experiências adquiridos.

O estudo da decisão extrapola, então, a área organizacional e passa para o domínio da Ciência Política, dentro de uma nova perspectiva que integra todas as ações humanas como frutos de suas decisões.

2.1.3 *Principais modelos de tomadas de decisão*

Como descrito, os modelos de tomadas de decisão, no seu início, tratavam o processo decisório como uma questão racional, em que as organizações deveriam tão somente baseadas na racionalidade, adaptar-se aos cenários em que estavam inseridas. Posteriormente, tais modelos e sua racionalidade passaram a ser questionados, sendo propostos modelos mais flexíveis e adaptáveis à realidade organizacional, que permitiram aos tomadores de decisão fazerem a melhor escolha diante dos limites de conhecimento do problema a ser resolvido no processo decisório, tais como falta de informações, por exemplo.

Existe frequentemente uma relação entre os vários modelos e o contexto¹³ – estrutura, cultura e ambiente organizacional – em que a decisão é tomada. Portanto, independentemente dos atores e modelos, os processos de tomadas de decisão em grande parte, são determinados pelas características e pelo contexto da organização em que ocorre.

¹³ Chamamos de contexto aqueles fatores que existem fora do eixo de atenção do decisão, mas que são muito importantes, porque dão sentido aos acontecimentos e, como Pereira e Fonseca (2009) reforçam, constituem o “pano de fundo” das decisões. Os autores ainda asseveram que, para otimizar as decisões, temos que aprender a ampliar nosso contexto perceptivo, e que, para aprender a ler o contexto, exige-se a eliminação de alguns hábitos que desenvolvemos no decorrer da vida, assim como a aprendizagem de outros que possamos ter perdido.

Daft (2008) acentua que diferentes modelos de tomada de decisão aparecem em variadas situações, pois o uso destes é contingencial ao cenário da organização.

Para este estudo, fazemos uma síntese dos principais modelos e, levando em consideração a importância da discussão do tema, descreveremos com detalhes o modelo político de decisão que mantém semelhança com o propósito do estudo.

a) Modelo Racional

O Modelo Racional, expresso na Escola Clássica, foi a primeira visão teórica acerca do processo decisório. Herdado da Teoria Econômica, onde o indivíduo da organização possui como características aquelas contempladas pela Administração Científica: o tipo ideal representado pelo *homo economicus*, em que a pessoa é um ser totalmente racional e incorruptível. Esta pessoa faz escolhas, ideais, em um ambiente bem especificado e bem definido, e é apoiada por modelos matemáticos e estatísticos, que levam sempre à maximização dos resultados (MARCH; SIMON, 1981).

Para Baron (1994) apud Dacorso (2000), as tomadas de decisão de forma racional decorrem da utilização de métodos que levam o administrador à escolha da melhor solução para alcançar os objetivos pretendidos, sem que, necessariamente, deva existir ausência de erros. O autor entende que, apesar da utilização da racionalidade, o administrador poderá fazer suas escolhas baseado em crenças que, anteriormente, foram concebidas de modo irracional.

Esse modelo, de acordo com Stoner e Freeman (1999, p. 190),

[...] cria uma imagem do tomador de decisões como uma supermáquina calculadora, mas sabemos que os seres humanos reais não tomam as suas decisões dessa forma. Em vez disso, eles tendem a usar o que Herbert Simon chama de “racionalidade limitada” e regras empíricas chamadas de heurísticas¹⁴, e deixam que as tendências influenciem suas decisões.

Para March e Simon (1981), o modelo racional serve apenas para os ambientes de certeza absoluta, onde tudo é completamente normatizado. Neste caso, a racionalidade seria totalmente objetiva.

¹⁴ Em história, pesquisa de documentos que tem por objeto a descoberta de fatos. Hipótese que, numa pesquisa, leva a uma descoberta científica; método analítico para a descoberta de verdades científicas (FERREIRA, 2010).

O processo de escolha racional, entretanto, demonstra as limitações do ser humano que conduz o tomador de decisão a não mais fazer escolhas que o levem à rigorosidade nos resultados, mais a resultados aceitáveis, dentro das metas organizacionais.

Críticos das teorias racionais observaram que a realidade cotidiana da vida organizacional não permite aos tomadores de decisão possuir dados completos e objetivos bem definidos e que eles não se utilizam completamente de processos lógicos de informação, não dispõem de informações completas, de competência e capacidade para processar a grande quantidade de informações disponíveis, e não detêm conhecimento total sobre os assuntos que têm em mãos. Estudos empíricos, no entanto, demonstraram que os modelos de escolha racional são prescrições idealizadas que descrevem uma não realidade (MILLER; HICKSON; WILSON, 2001).

b) Modelo Racionalidade Limitada – Carnegie

O Modelo Carnegie ou Modelo da Racionalidade Limitada, preconizado por Simon, trata da impossibilidade de o administrador ter acesso a todas as possibilidades de ação, de modo a conseguir avaliar todas as opções, visto que é impossível, fisicamente, ter acesso e processar todas as informações referentes à decisão a ser tomada (AIDAR, 2003).

Herbert Simon e o grupo que ele coordenou, nas décadas de 1940 e 50, no *Carnegie Institute of Technology*, propuseram o conceito de que a racionalidade é sempre relativa ao sujeito que decide, não existindo uma só racionalidade tida como superior. O conceito da racionalidade limitada influenciou a Teoria da Decisão e teve importantes consequências para o estudo das organizações (MORITZ; PEREIRA, 2006).

Simon (1970) propõe a troca da unidade de estudo da racionalidade. Nessa perspectiva, a organização é vista como uma aliança entre os diversos interesses que a envolvem, em que o processo decisório advém de acordos entre os decisores, conforme suas preferências.

As informações, bem como as opções, estão disponibilizadas de maneira limitada, sendo que as soluções são escolhidas mediante o estabelecimento de regras, conforme os interesses e objetivos dos envolvidos nesse processo. Assim, a escolha da decisão se faz com procedência na opção considerada satisfatória para a organização (RASKIN, 2003).

Desta maneira, percebe-se nesse modelo que, apesar de o administrador desejar agir com racionalidade nas organizações, suas ações são limitadas pela reduzida gama de informações necessárias para o processo decisório. Tampouco possui a capacidade de processamento necessária para assimilar todas as informações no devido momento, sendo também limitado pelas várias interposições causadas entre as partes que irão determinar a escolha.

Simon propõe o conceito do homem administrativo - a alternativa ao homem econômico e ao homem social - um ser que age intencionalmente, é racionalmente limitado e que está apto a tomar decisões satisfatórias para a organização, corretas quando relacionadas aos objetivos preestabelecidos (MOTTA; VASCONCELOS, 2002).

Com a evolução dos estudos sobre modelo racional, outros tipos foram estabelecidos, com a finalidade de abranger outras variáveis intervenientes na tomada de decisão, destacados a seguir.

c) Modelo Incremental

O Modelo Incremental retrata as impossibilidades do racionalismo e a necessidade de focalização das informações. Nesse modelo, não existe apenas uma decisão correta, mas uma série de tentativas selecionadas por análises e avaliações, em que as ações são tratadas de maneira flexível, até atingir o grau almejado (GIRÃO; VILLAS BOAS FILHO; SILVA JUNIOR, 2000).

Entende-se que, nas tomadas de decisão, as ações diferem das anteriormente utilizadas, de forma a corrigir ou evitar erros pelas sucessivas mudanças incrementais, levando a organização a um novo curso de ação. Durante o processo, o curso de ação e os objetivos organizacionais podem mudar, todavia, essas mudanças, segundo Raskin (2003), serão efetuadas de modo ameno, de maneira tal que a ação corretiva possa ser tomada, no momento da percepção do erro.

Nesse modelo, os administradores não dispõem de informação nem de previsão, entretanto, escolhem cursos de ação alternativos, que diferem incrementalmente dos aplicados no passado. Esta precaução se faz presente com vistas a diminuir as chances de possíveis erros (RASKIN, 2003).

Assim sendo, os administradores não se restringem a delimitar objetivos e avaliar as opções para alcançá-los; ao contrário, passam a escolhê-las após confrontá-las, visando alcançar os resultados pretendidos. Deste modo, a decisão mais adequada é gerada com base em um consenso e visa a garantir a conformidade entre as partes interessadas.

De acordo com Moritz e Pereira (2006), no entanto, algumas situações inviabilizam as soluções incrementais: a insatisfação com as políticas adotadas, a descontinuidade da natureza do problema e a descontinuidade dos meios para lidar com eles.

d) Modelo Desestruturado

Segundo esse padrão, no início do processo decisório, o administrador possui pouco conhecimento do problema, das opções e das possíveis soluções. Nesse estalão, o processo decisório é caracterizado como dinâmico e com interferências (CORNÉLIO, 1999).

Esse modelo se aplica quando o nível de incerteza é alto. O processo decisório não é linear e desenvolve-se de forma desestruturada e não previsível. Ao depararem quaisquer dificuldades, as organizações reavalam as opções, voltando atrás, até que seja possível tomar a decisão final. Esse modelo é caracterizado como desestruturado, em função das constantes mudanças (RASKIN, 2003).

e) Modelo da Lata de Lixo – decisão por omissão

O Modelo da Lata de Lixo ou decisão por omissão leva em conta a decisão tomada sem a devida consistência. O gestor não procura identificar e analisar o problema, para, então, delinear as opções possíveis de solução (DACORSO, 2000).

Conforme March e Olsen (1976) apud Zanela, (1999), esse modelo trata do processo decisório em ambientes altamente ambíguos, denominados "anarquias organizadas". Essa ambiguidade aparece de três maneiras:

- preferências problemáticas - os tomadores de decisão, às vezes, possuem preferências inconsistentes e mal definidas, sendo suscetíveis a descobrir suas metas e entender suas prioridades por via da ação;

- as pessoas possuem apenas uma leve compreensão dos fins e dos meios. Os participantes da organização ganham conhecimento por tentativa e erro, mas sem um claro entendimento de causas subjacentes; e

- anarquias organizadas - (as organizações) têm a característica de leve participação. Os tomadores de decisão vêm e vão por intermédio do processo. Entende-se que a decisão ocorre por escolhas, procurando por problemas; problemas, procurando por escolhas; soluções, procurando por problemas para responder; e decisores, procurando por alguma coisa para decidir. Efetivamente, as soluções são anteriores aos problemas. Na lata de lixo estão os problemas disponíveis, sendo que as pessoas vão à lata de lixo procurar problemas para serem resolvidos. Percebe-se, nesse modelo, uma fragmentação da óptica e estratégia global da organização numa série de escolhas parciais, separadas no plano temporal, com os subsistemas obedecendo a diferentes calendários.

f) **Modelo político**

Em meio às discussões sobre os modelos de processos decisórios, considerando a abordagem do estudo, um merece destaque especial: o Modelo Político de Decisão.

Lindblom (1981, p.7) menciona que Adam Smith, em sua obra *Riquezas das Nações*, foi entre muitos autores que abordaram a decisão política como a “mais importante figura no pensamento social que abordou primordialmente o processo de decisão política, em particular sua eficiência ou racionalidade, dando início a uma tradição intelectual que subsiste ainda hoje”. O autor faz uma abordagem, analisando as informações e como estas são utilizadas pelos grupos de interesse para criar o cenário do jogo de poder, focado no proveito individual ou de cada grupo envolvido na dinâmica do processo decisório.

Para Nioche (1988), o modelo político concebe a organização como um conjunto de jogadores, que podem ser indivíduos ou grupos, dotados de interesses e objetivos próprios, controlando diferentes recursos de poder como autoridade, *status*, recursos financeiros, ideias e informações. A organização não tem objetivos claros *a priori*. As pessoas ou grupos conduzem estratégias particulares com base na própria situação.

Motta (1994) exprime a ideia de que as organizações, à luz do paradigma político, são enxergadas como estruturas de poder. Os objetivos organizacionais são os objetivos de indivíduos, os quais têm poder suficiente para impor sua preferência a outros. De tal modo, o

processo decisório é diviso como um grande sistema de negociação, um jogo em que uns ganham e outros perdem e, assim, uns apoiam e outros rejeitam.

Bacharach e Baratz (1983) consideram que tanto a tomada de decisão quanto a não decisão devem considerar aspectos de poder, força, influência e autoridade. E, segundo Motta (1994), faz parte da decisão política uma negociação para enfrentar conflitos e ultrapassar restrições internas e externas para se chegar às decisões.

Como a organização possui diferentes grupos de interesse, a decisão política irá refletir uma negociação de interesses permanente, para manter, reforçar ou modificar a coalizão de poder. Assim, o processo político traz elementos do poder, da influência, das alianças e do conflito.

Apoiando-se em Morgan (1996) Stoner e Freeman (1999), Motta e Vasconcelos (2002) e Chiavenato (2010), os estudiosos da decisão determinam para o modelo político de decisão as seguintes asserções:

- indica a existência de jogos de poder dentro das organizações, por meio de autoridade, *status*, ideias, informação, hierarquia ou função, enfim, qualquer mecanismo que possa situar uma pessoa ou um grupo em vantagem em relação a outro;
- a manifestação de poder nasce quando as pessoas têm metas divergentes; o indivíduo ou o grupo que tenha o poder de influência na organização à qual pertence manipula a escolha de forma conveniente às suas intenções – quase sempre ocultas – a fim de criar o resultado que pretende;
- muitas decisões não são tomadas, porque vão contra os interesses dos detentores de maior poder; e
- a intervenção pode ocorrer pelo controle de informações-chave, evitando ou postergando discussões, fazendo com que a decisão tomada seja por falta de outra opção ou por omissão; ou ainda definindo quem vai decidir, em que momento e a quem comunicar a decisão.

O sistema de decisão política, consoante Lindblom (1981), tem um importante efeito sobre as aspirações, opiniões e atitudes que respondam às políticas. Seu funcionamento não é como o de uma máquina alimentada com demandas para produzir decisões. É a própria

máquina que fabrica necessidades e demandas. Modelando as aspirações dos cidadãos que formam parte da organização, ela põe alguns temas na agenda do debate político e rejeita outros; apresenta certas políticas aos cidadãos e aos formuladores de políticas e informa as opiniões que vão condicionar tais escolhas.

No modelo político, na análise e investigação das particularidades do problema, o responsável pela decisão limita-se a considerar aquilo que interessa, negligenciando certos aspectos do problema. Não considera, por exemplo, todas as consequências de uma determinada decisão e as opções que expressa são, geralmente, reduzidas. Há, portanto, alguma incoerência nos processos de tomada de decisão, na medida em que as informações utilizadas são pouco consistentes e inconsequentes (SOARES, 2006).

Os critérios de escolha de uma dada decisão política não se encontram na sua contribuição para a satisfação de objetivos preexistentes, mas no grau de acordo que suscita entre os participantes. Tendo em conta que os responsáveis pela tomada de decisão constituem elementos que pertencem a determinados grupos (organização, família, clubes etc.), é natural que as suas opções e ações sejam influenciadas por fatores intrínsecos e extrínsecos. Muitas vezes, estes fatores é que alimentam os critérios de opção para a tomada de decisão, particularmente quando os atores organizacionais evidenciam interesses e objetivos pessoais (SOARES, 2006).

Assim mesmo, Immergut (1996) assinala que as decisões políticas não representam atos singulares tomados em determinado momento do tempo; ao contrário, resultam finalmente em uma sequência de decisões tomadas por diferentes atores situados em distintas posições institucionais. As decisões políticas requerem um acordo em vários pontos ao longo de uma cadeia de decisões tomadas pelos representantes em diferentes arenas políticas.

Handy (1993), citado por Bruno (2006), entende que a política é a utilização do poder negativo por meio da “acumulação dos poderes referente aos recursos e à posição, a fim de aumentar a influência de alguém na organização”, mas alerta para o fato de que os recursos, posições e papéis são frágeis.

Diz ainda que, nas organizações horizontais, o poder de influência dependerá efetivamente do reconhecimento pela competência técnica, experiência profissional de cada pessoa, bem como do reconhecimento pelo grupo.

2.2 A gestão de saúde pública no Brasil

Em vários dicionários, gestão e administração aparecem como sinônimos. Houaiss e Villar – Dicionário da Língua Portuguesa – assim definem esses termos como “Ato ou efeito de administrar; ação de governar ou gerir empresa, órgão público [...] Exercer mando, ter poder de decisão, dirigir, gerir” (HOUAISS; VILLAR, 2001, p.76)

A gestão de saúde pública é entendida, na definição legal, como a prerrogativa e a responsabilidade compartilhada que tem cada uma das esferas de governo de “[...] dirigir um sistema de saúde, mediante o exercício das funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria” (BRASIL, 1997).

2.2.1 *Enredo histórico da Administração Pública brasileira*

As duas últimas décadas foram marcadas por intensas transformações na Administração Pública brasileira; a introdução de vários agentes sociais na gestão, a descentralização das decisões nos contextos municipais, a realização de orçamentos participativos e o intercâmbio de experiências e de recursos são princípios desse novo paradigma.

Para compreender-se esta realidade, trazemos uma resenha histórica da Administração Pública geral, com vistas a tornar claras as características atuais.

A Administração Pública Brasileira evoluiu numa perspectiva histórica por meio de três modelos básicos: patrimonialista, em que os interesses pessoais se confundiam com os interesses públicos; passa por um momento de burocratização, que buscou conferir maior impessoalidade, hierarquia e normas mais claras à atividade estatal; e culmina em um terceiro momento, em que são introduzidas práticas gerenciais privadas na Administração Pública, garantindo a esta maior agilidade e direcionamento para resultados burocrático e gerencial. Estas três formas se sucedem no tempo, mas nenhuma delas foi totalmente abandonada, com heranças presentes ainda nos dias de hoje (ANDREWS; BARIANI, 2010).

O primeiro momento inicia-se com o Brasil-Colônia e estende-se desde o Império até a República Velha (1889-1930).

Andrews e Bariani (2010), assim como outros autores (FAORO, 2000; HOLLANDA 1995), apontam que a Administração patrimonialista, existente em Portugal, foi reproduzida no Brasil com a colonização.

O Brasil, na era colonial, caracterizava-se por uma unidade política centrada na imagem do rei e seus conselheiros. A legislação da Colônia era composta por determinações de cunho particular, ou seja, não existiam normas gerais a serem seguidas, hierarquias e definições de competências de forma burocrática, mas predominavam os costumes e as tradições emanadas do rei e da nobreza. A esfera privada confundia-se com a pública, ou, segundo Hollanda (1995), ocorria a invasão do Estado pela família, de modo que os sentimentos relativos a esta, particularista e antipolítica, predominavam em toda a vida social.

No Império, o Estado expandiu-se, não para atender as demandas sociais, mas para empregar os setores médios e urbanos. Assim, era um instrumento de cooptação dos opositores, dos setores médios e urbanos e de alas decadentes da grande propriedade. Nesse período, os autores ressaltam a importância da Guarda Nacional para manter a ordem e a unidade nacional ante a precária estrutura administrativa no interior do País. Com a distribuição de patentes militares – para os potentados locais – pelo governo central, surge o termo coronel (ANDREWS; BARIANI, 2010, p. 14).

Na República Velha, houve a descentralização e, assim, o aumento das autonomias dos estados desde um acordo entre a elite política paulista e o então presidente Marechal Floriano Peixoto e, principalmente, com os presidentes seguintes: Prudente de Moraes e Campos Sales. Nesse momento, as práticas de indistinção entre o público e o privado dominaram a esfera política com origem no coronelismo e na política dos governadores. Na ausência de autonomia do poder público, os “coronéis” assumem o controle dos recursos públicos e, com isso, buscam angariar a lealdade dos eleitores, necessária para a conservação do poder. O acesso ao serviço público é um desses recursos controlados pelos coronéis, cuja moeda de troca era a lealdade política (ANDREWS; BARIANI, 2010, p. 33).

Com a Revolução de 1930 e a ascensão de Getúlio Vargas ao poder, tem início o segundo momento da Administração Pública Brasileira, marcado pela Reforma Burocrática.

No Governo Getúlio Vargas, o novo papel a ser assumido pelo Estado necessitava de uma burocracia capaz de empreendê-lo. Assim, Vargas realiza a primeira reforma administrativa no Brasil por meio da criação do Departamento Administrativo do Serviço

Público – DASP em 1938.

Pereira e Fonseca (2009, p.183) descrevem o DASP como

A primeira tentativa sistemática de modernização da administração pública brasileira que teve como objetivo promover uma reforma administrativa de abrangência e magnitude significativas. Os fundamentos teóricos e operacionais do modelo apregoavam o fortalecimento do poder central com estratégias para melhoria dos padrões então vigentes no País e no Mundo.

Paes de Paula (2005) assevera que esta reforma propiciou significativa melhora no aparelho estatal, promovendo maior eficiência às atividades do Estado.

Concomitantemente aos aspectos positivos que puderam ser evidenciados, no entanto, alguns pontos negativos também foram constatados.

Martins (1997) assevera que a Reforma Burocrática foi sendo transformada em um misto de modernização e populismo. Por exemplo, para os altos escalões da Administração Pública, foi estabelecida a admissão mediante concursos públicos e planos de carreira, e promoções com base na meritocracia; mas, para os escalões médios e inferiores, a admissão era feita de forma clientelista e as promoções baseadas apenas no tempo de serviço.

Vasconcelos (2002) reforça a noção de que, além disso, passam a emergir algumas disfunções burocráticas, destacando-se, o excesso de autoritarismo, a consolidação de uma cúpula tecnocrática, a ineficiência, a ineficácia, os atrasos, confusões e privilégios.

De acordo Andrews e Bariani (2010), as bases do DASP estavam fincadas em proposições teóricas de autores como Weber, Fayol, Gulick, Taylor e Willoughby. Essas proposições objetivavam a criação de uma burocracia baseada no mérito, na imparcialidade, na especialização, na universalidade e na separação entre política e administração. O DASP também introduzia, no Estado, o planejamento e o controle. Esses princípios se contrapunham fortemente às práticas personalistas comuns no País, de maneira que a reforma foi realizada de modo centralizado e autoritário.

O departamento funcionava como um super órgão federal, ligado diretamente à Presidência da República e com ramificações em todos os estados, então sob intervenção. As **decisões** importantes estavam, portanto, nas mãos do governo federal. Os presidentes dos “daspinhos” (departamentos estaduais sob controle federal) tinham muita influência nos estados e, dependendo das relações políticas, chegavam a ter mais poder que os próprios interventores (BARIANI, 2010, p. 44-45).

Além do controle das oligarquias locais, o DASP também objetivou controlar o processo político com arrimo na falsa legitimidade técnica instalada. “Ao criar um rígido setor técnico estatal, o DASP escolhia as arenas e os momentos mais adequados para travar as disputas políticas e ganhava barganha, ao endurecer no trato administrativo das questões, dissociando, na superfície, o administrativo do político” (BARIANI, 2010, p. 45).

Nas décadas de 1950 e 1960, principalmente durante os governos de Juscelino Kubitscheck e Castello Branco, pôde-se observar um novo enfoque centrado no direcionamento das estruturas públicas como insumos ao desenvolvimento industrial. Esse modelo, baseado numa estratégia de fomento, mostrou-se adequado na época e ajudou a formar um parque industrial diversificado, até mesmo sofisticado, em algumas áreas. O aumento da complexidade da sociedade e da máquina estatal, entretanto, trouxe como consequência a proliferação de órgãos públicos, o surgimento de grande número de estatais, o aumento da participação e intervenção do Estado na economia e a dificuldade de estabelecer mecanismos eficientes de coordenação e controle no setor. Tudo isso, entretanto, foi camuflado pela ilusão de prosperidade causada pelo “milagre econômico”¹⁵ brasileiro (PEREIRA; FONSECA, 2009).

Em 1967, houve uma tentativa rumo à Administração gerencial no Brasil, com a publicação do Decreto Lei nº. 200/67, que tentava superar a rigidez burocrática. Esse decreto determinava a transferência de atividades para autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista, dando maior dinamismo operacional por meio da descentralização funcional. Na década de 1970, foi lançado o Programa Nacional de Desburocratização, durante o governo Figueiredo. Os decretos 83.740 e 83.936/79 simplificam exigências de documentos, dando mais alguns passos no sentido da flexibilização. "Buscava-se melhorar as relações entre o Estado e a sociedade por meio da simplificação dos procedimentos na prestação dos serviços públicos" (SILVA; AMARAL, 2007, p.10).

¹⁵ O período de 1968-1973 é conhecido como o “Milagre” econômico brasileiro, em função das extraordinárias taxas de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB). Uma característica notável do “milagre” é que o rápido crescimento veio acompanhado de inflação declinante e relativamente baixa para os padrões brasileiros, além de superávits no balanço de pagamentos (VELOSO; VILLELA; GIAMBIAGI, 2008).

Durante a década de 1970, começaram a ficarem evidentes alguns sintomas da perda de coerência desse modelo.

A distância entre os tomadores de decisões (governo) e os seus eventuais beneficiários (povo) ficou cada vez maior e os índices de credibilidade e de aceitação do governo tornaram-se críticos. Mas a reação do governo à crise foi uma centralização ainda maior do Processo Decisório (PEREIRA; FONSECA 2009, p.184).

A década de 1980 marcou a explosão de profundas mudanças sociais, políticas, econômicas e tecnológicas. A nova conjuntura mundial influenciou a alteração daquele modelo de desenvolvimento e da gestão. Entre surtos de inflação e recessão, a instabilidade e a necessidade de sobrevivência mostraram uma amarga realidade que havia substituído as antigas ilusões dos gestores públicos. A sociedade, mais informada e mais politizada, começou a expressar e a cobrar de maneira mais clara suas expectativas e necessidades; mas, ainda, carregando os vícios do Estado burocrata, a Administração Pública permaneceu a mesma - lenta, ineficiente, autocentrada - com uma enorme propensão para crescer e uma diminuta capacidade de exibir resultados (PEREIRA; FONSECA, 2009).

A elaboração da Constituição de 1988, como produto dos embates pela redemocratização, expressou mudanças significativas para a Administração Pública.

Ao mesmo tempo em que reconhece o valor político do cidadão e de sua participação no controle dos serviços públicos, redistribui tarefas e recursos orçamentários para estados e municípios. Com a desconcentração e a descentralização, a decisão pública passa a situar-se mais próxima do local da ação, com impactos sobre a gestão pública (SILVA; AMARAL, 2007, p.10).

Farah (2010) aponta que a descentralização ocorreu a partir da Constituição Federal de 1988 e da crise fiscal do Governo federal, pois ela passou a ser entendida como instrumento de redução do Estado e de ajuste fiscal. Então, a autora mostra que a descentralização foi defendida por duas correntes distintas, senão antagônicas: aqueles que acreditam que a descentralização propicia democratização das políticas públicas e da Administração Pública e os que apontam que a descentralização levaria a maior eficiência do uso dos recursos com o controle e a equalização entre demandas e recursos disponíveis.

A década de 1990 evidencia as consequências dessas decisões e torna consensual a urgência de rever o modelo da Administração Pública brasileira. Inicia-se, então, o terceiro

momento da Administração Pública brasileira, quando implementada a Reforma Gerencial, em 1995.

A Administração Gerencial, que corresponde ao modelo atual, surge como uma solução para os problemas gerados pelos desgastes do anterior.

[...] a administração pública gerencial parte do pressuposto de que já chegamos a um nível cultural e político em que o patrimonialismo está condenado, que o burocratismo está condenado, e que é possível desenvolver estratégias administrativas baseada na ampla delegação de autoridade e na cobrança a posteriori de resultados (PEREIRA, 1996, p 52).

Nesse projeto, é incluída a flexibilização do estatuto da estabilidade dos servidores públicos, assim, sendo objetivada a aproximação dos mercados de trabalho público e privado. Em agosto de 1995, a reforma administrativa é encaminhada ao Congresso Nacional. Aprovada, transforma a Administração Pública Brasileira, de burocrática em gerencial. Não há consenso doutrinário sobre o início do estado gerencial e regulador, sendo considerado por alguns o seu início com o Decreto nº 200/67, enquanto a maioria entende como sendo a partir dos anos 1990.

O gerencialismo se apoia na burocracia, conservando seus preceitos básicos, como na admissão de pessoal segundo critérios rígidos e no sistema de remuneração estruturado, entre outros preceitos. A diferença existe na maneira como é feito o controle, que passa a se concentrar nos resultados e não mais nos processos em si, procurando, ainda, garantir a autonomia do servidor para atingir tais resultados (MANSOLDO, 2009).

Segundo a autora, são características da administração pública gerencial: A orientação dos efeitos para beneficiar o cidadão; A orientação para obtenção de resultados; A premissa de que políticos e funcionários públicos sejam merecedores de grau limitado de confiança; A estratégia é servir-se da descentralização e do incentivo à criatividade e à inovação; A utilização do contrato de gestão como instrumento de controle dos gestores públicos.

Para ela, com o modelo gerencial, tenta-se modernizar o aparelho do Estado com vistas a tornar suas ações da gestão direcionadas para a eficiência, eficácia e efetividade. Há um “deslocamento” de foco dos processos de meio para os processos voltados aos fins da Administração Pública; e a ampliação da ideia de interesse público (ênfase na coletividade). Verifica-se, isso posto, que necessite o Estado de reformulações, propostas estas apresentadas

pelo sistema gerencial.

Mansoldo (2009) conclui que os esforços de modernização da Administração Pública brasileira foram decorrentes de pressões ambientais, orientações conjunturais específicas e inovação tecnológica. Relata, ainda, que o Brasil está caminhando no modelo gerencial, apesar de ainda estar assentado culturalmente e até mesmo institucionalmente em um modelo burocrático, percebendo-se, inclusive, traços do patrimonialismo.

2.2.2 *O contexto administrativo na saúde: do modelo higienista ao SUS*

A história da saúde pública no Brasil é marcada por sucessivas reorganizações administrativas (anexo B). Da Higiene, no século XVIII, à Medicina Social e ao Sanitarismo, após a Revolução Industrial, da Medicina Preventiva e Saúde Comunitária até os movimentos da Reforma do Setor Saúde, o campo da saúde foi transformado, em resposta aos contextos sociais, políticos e culturais vigentes. No Brasil, essas mudanças do setor saúde conduziram a um modelo de gestão compatível com as demandas sociais atuais, em que se privilegiam o exercício da cidadania e a participação de toda a sociedade - o Sistema Único de Saúde – SUS (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

A Saúde Pública baseou-se na Medicina, Microbiologia, Zoologia, Geologia, entre outras ciências, para pensar explicações para o processo saúde e doença. Dessa junção, nasceriam tanto à Administração sanitária quanto a Epidemiologia. Foi, portanto, ainda nos primórdios da Saúde Pública, que ocorreu a constituição de um campo de conhecimentos, denominado 'administração sanitária e de práticas em saúde'. Encarregava-se de pensar a administração de um pedaço do Estado, os nascentes departamentos, escolas e laboratórios de saúde pública, mas distingua-se da Administração de Empresas, porque procurava articular a gestão às 'práticas' consideradas eficazes para debelar os problemas coletivos de saúde (CAMPOS; CAMPOS, 2009).

Durante todo o período colonial, e mais precisamente até meados do século XIX, os problemas de saúde e higiene eram relacionados somente às iniciativas e responsabilidades individuais. As formas de compreensão do processo saúde doença da população se davam de maneira desvinculada das questões sociais, culturais e das políticas públicas. Uma característica desse período foi o predomínio das chamadas doenças pestilenciais. Predominava uma precária organização dos serviços de saúde (ANDRADE, 2007).

Desde a instalação da Colônia até a década de 1930, as ações eram desenvolvidas sem significativa organização institucional.

O modelo agroexportador vigente na economia brasileira, nesse período, exigia basicamente uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e o controle de doenças que prejudicassem a exportação. A organização das políticas de saúde desenvolvidas pelo Estado, basicamente na forma de campanhas de vacinação e ações de saneamento, predominou do início do século até meados dos anos 1960.

A administração sanitária, em seus primórdios, importou muitos conceitos e modos de operar do campo militar. Da gestão de conflitos armados e de guerras, a Saúde Pública importou a ideia de considerar a doença, os germes e as condições ambientais insalubres como inimigos. Sendo inimigos, havia de erradicá-los, controlá-los e vigiá-los, por meio de planejamento estratégico e tático, programas sanitários e gestão operacional. Da arte da guerra importaram-se também os conceitos de erradicação e de controle, de risco, de vigilância e de análise de informação (CAMPOS; CAMPOS, 2009).

Desde esta fase, a Administração Pública de saúde adquiriu fortes características burocráticas – hierarquização, formalismo, normatização, buscando inspiração notadamente nas organizações militares (PINHEIRO, 2001).

A industrialização acelerada que o Brasil viveu desde a década de 1950 determinou um deslocamento do polo dinâmico da economia para os centros urbanos e produziu uma massa operária que deveria ser atendida pelos serviços de saúde. Desde esse período, passou a configurar-se o denominado modelo médico-assistencial privatista, que vigorou, hegemônico, de meados dos anos 1960 até meados dos anos 1980 (ANDRADE, 2007).

Entre os anos 1930 / 70, o Estado assume, progressivamente, um papel central na expansão da produção dos serviços de saúde, implantando uma estrutura de serviços vinculados à previdência social¹⁶, influindo direta e indiretamente para o crescimento do consumo dos serviços médicos.

No contexto administrativo, a expansão dos serviços do trabalho em saúde é orientada para obtenção da máxima produtividade, absorvendo grandes transformações, apesar das incompatibilidades das regras de mercado com a estrutura de organização dos serviços de saúde.

O modelo de atenção à saúde que se instala nessa fase privilegia uma assistência médica individual de natureza curativa, tendo como centro o hospital, embora convivendo com as práticas sanitaristas campanhistas, em declínio.

Este modelo receberia críticas de setores acadêmicos, localizados nas universidades, departamentos de medicina preventiva e social e escolas de saúde pública, além de setores da sociedade civil e de setores de dentro do aparelho de Estado e do poder político. Além disso, o antigo arcabouço de conhecimentos da administração sanitária era claramente insuficiente para dar conta da complexidade dessa nova fase.

Em meados do século XX, houve uma ampliação do objeto e do campo de intervenção da gestão em saúde. Em função disso, houve um esforço de investigação voltado para o desenvolvimento de novos arranjos organizacionais e novos modelos de atenção à saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) estimularam tanto a produção de conhecimentos nessa área quanto trataram de sistematizar a difusão dessas experiências e dessa tecnologia sobre organização, planejamento e gestão dos serviços de saúde. São deste período o desenvolvimento de estudos sobre sistemas locais de saúde, modelos de atenção, gestão de pessoal, atenção primária, planejamento e programação em saúde. Em decorrência desse fenômeno, houve uma aproximação entre as áreas da Clínica e o campo da Saúde Pública (CAMPOS; CAMPOS, 2009).

¹⁶ Na década de 1920, especificamente no ano de 1923, com a “Lei Elói Chaves”, surge a Previdência Social no Brasil com a criação das caixas de aposentadoria e pensões (CAPs). A partir de 1926, a assistência médica é incorporada como uma atribuição das CAPs. No início da década de 1930, na Previdência Social brasileira, sob a doutrina do seguro e com orientação racionalizadora de gastos, ocorre a organização dos institutos de aposentadoria e pensão (IAPs), estruturados por categorias profissionais. BRAGA; PAULA (1981) appud ANDRADE (2007).

Diversos movimentos, entre os mais expressivos, o movimento da Reforma Sanitária¹⁷, contribuíram significativamente na ampliação e democratização da gestão de saúde. Estas mudanças estabeleceram os alicerces para o estabelecimento do SUS.

A Constituição de 1988 expressou fortemente as mudanças administrativas na saúde mediante a criação do Sistema Único de Saúde. Para isso, a descentralização foi a lógica subjacente da implantação do sistema que, a partir de legislação complementar, novas regras e reformas administrativas foram e estão sendo implementadas em todos os níveis de governo.

A gestão de saúde pública é um desdobramento contemporâneo de toda a tradição. No lugar da guerra entraram conceitos originários da Ciência Política, da Sociologia e da Teoria Geral da Administração.

2.2.3 *O papel dos gestores e as instâncias de decisão na gestão do SUS*

Para compreensão do papel de cada esfera de gestão no SUS, bem como acerca de quem são os gestores do SUS, trazemos os conceitos propostos por Scotti e Oliveira (1995) e adotados pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB 01/1996) (BRASIL, 1997).

- Gestão é atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, distrital, estadual ou nacional), exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.
- Gerencia é a administração de unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.) que se caracteriza como prestador de serviço do SUS.

¹⁷ A expressão “Reforma Sanitária” foi usada pela primeira vez no País em função da reforma sanitária italiana. A expressão ficou esquecida por um tempo até ser recuperada nos debates prévios à 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando foi usada para se referir ao **conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde**. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, introduzindo uma nova ideia na qual o resultado final era entendido como a melhoria das condições de vida da população.

“Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado.” Sergio Arouca, 1998. Fundação Oswaldo Cruz. Biblioteca Virtual. Disponível em: <bvsarouca. icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>

A distinção destes conceitos faz-se necessária, em razão de a descentralização do SUS tratar a ação de comandar o sistema de saúde de forma distinta daquela de administrar ou gerir uma unidade de saúde. Isso se deu, em primeiro lugar, em razão do consenso de que a função gestora é exclusivamente pública e que, portanto, não pode ser transferida nem delegada. Assim, a gestão pública é executada pelos respectivos gestores do SUS, que são os representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do Executivo na área da saúde. A administração ou a gerência, por sua vez, pode ser pública ou privada (BRASIL, 2009).

No que tange às competências dos gestores do SUS, a Constituição Federal, nos seus artigos 196 a 200, estabelece os princípios, diretrizes e competências do Sistema Único de Saúde, mas não aborda especificamente o papel de cada esfera de governo no SUS. Melhor detalhamento da competência e das atribuições da direção do SUS em cada esfera – nacional, estadual e municipal – é feito pela Lei Orgânica da Saúde - LOS (Lei nº8080, de 19 de setembro de 1990) (BRASIL, 2009).

A Lei nº 8.080/90 determina, em seu artigo 9º, que a direção do SUS deve ser única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida, em cada esfera de governo, pelos seguintes órgãos: no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente (BRASIL, 2009).

A descentralização do sistema de saúde foi a lógica subjacente da implementação do SUS. Para administrar essa política descentralizada, os mecanismos de tomada e decisão foram ampliados, o papel e as funções dos gestores da saúde nas três esferas de governo passaram por mudanças importantes na implantação do SUS.

Souza (2002) identifica resumidamente quatro grandes grupos de funções gestoras na saúde, onde cada uma dessas macrofunções comprehende, por sua vez, uma série de subfunções e de atribuições dos gestores: Formulação de políticas/planejamento; Financiamento; Regulação, coordenação, controle e avaliação (do sistema/redes e dos prestadores, públicos ou privados); Prestação direta de serviços de saúde.

Além das macrofunções descritas pelos autores, a Lei Orgânica da Saúde estabelece em seu artigo 15 as atribuições comuns, abrangendo vários campos de atuação, além das atribuições específicas de cada esfera de governo (Anexo 1) (BRASIL, 2009).

A definição de novos papéis para cada esfera de governo, no tocante às competências e responsabilidades da gestão pública à saúde, se reafirmam na prática, com vistas a tornar operacionais os preceitos da legislação do SUS.

Souza (2002) reforça a asserção de que a implantação do SUS, particularmente a descentralização político-administrativa, reconfigurou as funções dos gestores das três esferas no sistema de saúde.

Esta reconfiguração, ou seja, a gestão descentralizada das ações e dos serviços de saúde no SUS, de 1993 a 2006, realizou-se por meio de normas operacionais editadas pelo Ministério da Saúde, após amplo processo de pactuação entre os gestores da saúde das quatro esferas de governo.

A participação da comunidade na gestão do SUS também deve ser referenciada pela importante contribuição no direito impar de exercer o papel social.

A Lei nº 8.142/90 instituiu duas “instâncias colegiadas” para a participação da comunidade na gestão do SUS em cada esfera de governo - Conferência de Saúde; Conselho de Saúde. Dessas instâncias, participam os seguintes segmentos da sociedade: usuários dos serviços de saúde, prestadores de serviços, profissionais de saúde e representantes do Governo (BRASIL, 2009).

De maneira gradual, novos elementos nas arenas de discussões técnica e políticas nas diferentes esferas governamentais, incorporam-se ao processo decisório mediante a disseminação do modelo institucional e instâncias de decisão no SUS. Além das Conferências Nacionais de Saúde, foi institucionalizada uma estrutura inovadora, que estabeleceu, além dos conselhos de saúde, comissões intergestores nos níveis estadual (bipartite) federal (tripartite) nos quais as decisões dão-se por consenso (e não por votação), estimulando o debate e a negociação entre as partes (PAIM *et al.*, 2011).

Estas comissões são instâncias que integram a estrutura decisória do SUS e constituem uma estratégia de coordenação e negociação do processo de elaboração da política de saúde nas quatro esferas de governo, articulando-as entre si (Anexo C). São espaços

intergovernamentais, políticos e técnicos em que ocorrem o planejamento e a negociação para a implementação das políticas de saúde pública (BRASIL, 2011).

A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) é constituída paritariamente por representantes da secretaria estadual de saúde e das secretarias municipais de saúde, indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), ou similar, incluindo obrigatoriamente o Secretário de Saúde da Capital.

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é composta por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

Na CIT, são definidas diretrizes, estratégias, programas, projetos e alocação de recursos do SUS. Tem composição paritária, formada por 18 membros, sendo seis indicados pelo Ministério da Saúde (MS), seis pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e seis pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

A representação de estados e municípios nessa Comissão é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões do País.

O CONASS e o CONASEMS são órgãos colegiados de representação política dos gestores do SUS e têm papel importante nos fóruns de negociação e deliberação do Sistema de Saúde.

O CONASS é uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, que se pauta pelos princípios que regem o Direito Público, congregando os secretários da saúde, dos estados e do Distrito Federal. Foi fundado em 3 de fevereiro de 1982, com o objetivo de tornar o conjunto das secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal mais participante do esforço de reconstrução do setor de saúde, como parte de uma ampla pauta social, naquele momento de redemocratização do País (BRASIL, 2011).

O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) define-se como entidade não governamental, sem fins lucrativos, criada com o objetivo de representar as secretarias municipais de saúde. Foi constituído no ano de 1988 como ente de mobilização e representação dos secretários municipais de saúde (BRASIL, 2011).

Só em 2011, pela Lei 12.466, de 24 de agosto, é reconhecida a legitimidade dos foros de negociação e pactuação entre gestores, compostos pelas comissões intergestores bipartite (CIB) e tripartite (CIT), para tratar de aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

A Lei também reconhece o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) como entidades representativas dos entes estaduais e municipais do SUS. Os conselhos de secretarias municipais de Saúde (COSEMS) são considerados representantes dos entes municipais desde que vinculados institucionalmente aos CONASEMS.

Castro (2003) descreve em resumo que o processo de gestão da saúde no Brasil é estabelecido em três âmbitos: o da negociação representado pela Comissão Tripartite, composta por gestores estaduais, municipais e federal; pela Comissão Bipartite, formada pelos gestores estaduais e municipais; e também pelas Conferências Estaduais, Municipais e Nacional de Saúde, fórum que agrupa as três instâncias como mecanismo de formação de políticas; o da gestão representado pelo Conselho Nacional de Secretários [estaduais] de saúde (CONASS) e pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) fórum de intercâmbio de experiências e reivindicações; o do controle social representado pelos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde encarregados das atividades de fiscalização e participação da sociedade civil na gestão local.

Paim *et al.* (2011) consideram ainda que estas estruturas representem grande inovação na governança¹⁸ em saúde no Brasil, pois permitiram que maior número e variedade de atores participassem do processo de tomada de decisão e definiram áreas de responsabilidade institucional (Anexo D).

O funcionamento adequado das instâncias de negociação e decisão no SUS pode representar um avanço do ponto de vista da institucionalidade democrática, sendo de fundamental importância para proporcionar a formulação e implementação de políticas mais adequadas às necessidades de saúde da população.

¹⁸ Governança é “exercício da autoridade, controle, administração, poder de governo. É a maneira pela qual o poder é exercido na administração dos recursos sociais e econômicos de um país visando o desenvolvimento, implicando ainda a capacidade dos governos de planejar, formular e implementar políticas e cumprir funções” Banco Mundial (1992) apud Diniz (1995).

2.3 O poder e o processo decisório

A capacidade de tomar decisões confere ao ser humano um enorme poder: o exercício da liberdade. Cada decisão humana é uma afirmação de poder.

Consoante Pereira (1996), de maneira ampla, o poder pode ser considerado a capacidade que o homem tem de manipular ou controlar o ambiente para satisfazer as suas necessidades ou resolver problemas.

A capacidade de manipular ou de exercer controle sempre conferiu poder. O chefe, o pai, o governante, o sábio, o magistrado, o general, sempre o exerceram por meio do seu ofício ou do seu papel.

Pereira e Fonseca (2009) apontam cinco características comuns e importantes à compreensão do poder, como vem abaixo.

1 Diferença entre poder e influência: A influência é decorrente de uma relação consentida em que os influenciados atribuem poder ao decisior quando percebem identidade entre os seus objetivos ou valores e os dele. Poder seria a influência não autorizada.

2 O Poder como uma relação: a concepção do poder como algo intencional e consciente supõe que toda relação entre duas partes implica reciprocidade, permuta e capacidade de adaptação recíproca. Hoje, numa concepção moderna, o poder implica troca, participação, diálogo e parceria. Na vida moderna não existe poder sem participação nas decisões, porque o exercício do poder não mais consiste em tomá-las pessoalmente, mesmo porque a complexidade do nosso mundo não o permite, mas em delimitar o campo e estruturar o espaço no qual as decisões serão tomadas.

3 A tipologia do Poder: a mais conhecida é a de French e Raven (1959) appud Pereira e Fonseca (2009) que classifica seis tipos de poder:

a) poder formal - é a autoridade atribuída a uma pessoa por uma organização ou instituição formal. Está sempre relacionada a um papel formal: o pai, o chefe, o padre etc., e abriga-se em uma estrutura formalizada e aceita como legítima;

b) poder de coerção - consiste na autoridade para aplicar punições e é frequentemente associado ao poder formal. Há, entretanto instâncias desse tipo de poder que

são desvinculadas da autoridade formal, por exemplo, quando é usado nas relações interpessoais através de ações como ameaça de retirada do afeto, de reconhecimento ou consideração;

c) poder de recompensa: consiste na capacidade de atribuir recompensas ou acenar com eles sob a forma de promessas;

d) poder carismático, de referencia ou de identificação: geralmente é exercido através de lideranças fortemente carregadas de apelos emocionais, identificadas como “modelo” ou “ídolo”;

e) poder de conhecimento ou de perícia - é exercido por meio da ascendência demonstrada por alguém em uma determinada área ou assunto. Está ligado ao desempenho especializado de tarefas, à resolução de problemas e a transferência de conhecimento ou de tecnologia;

f) poder de informação ou de conexão - constitui o modo de influenciar os outros por meio da retenção total ou da transmissão parcial de informações, às quais os outros não têm acessos.

4 Fontes de Poder: na sociedade contemporânea, podemos observar duas principais fontes de poder - o poder de posição, derivado da posição ou papel exercido numa estrutura grupal, institucional ou social e o poder pessoal, decorrente da personalidade individual.

5 Ambiguidade do poder – serve para fins positivos ou negativos, para construir ou destruir. Protege o homem, ao mesmo tempo em que o isola do seu meio e a distância de seus semelhantes “*o poder é antagônico ao prazer. Este se origina no fluxo livre das sensações e energias do corpo, enquanto o poder se desenvolve através do represamento dessa energia*” (LOWEN, 1970 apud PEREIRA; FONSECA, 2009).

O poder é uma importante motivação do ser humano e um poderoso estimulador das decisões, e a abdicação do direito de decidir é a abdicação de si mesmo.

2.3.1 O poder na saúde a luz de MARIO TESTA

Mario Testa, médico argentino, autor de várias obras, contribuiu sobremaneira com reflexões sobre o pensamento e a ação em saúde.

Com uma reflexão teórica mais orientada ao campo da saúde, Testa (1992) analisa as (inter) ações de *poder* nas organizações. No caso específico da saúde, o autor destaca, como principais tipos de poder - *o técnico, o administrativo e o político*.

O uso do conhecimento e das práticas técnicas (*poder técnico*), os modos da gestão administrativa (*poder administrativo*) e a direção política (*poder político*) são as características inerentes às relações cotidianas de *poder* nas organizações de saúde e, portanto, em seus espaços e processos de decisão.

Quadro 1 - Capacidade dos poderes técnico, administrativo e político.

Poder	Capacidade
Poder Técnico - Espaço setorial [1]	Gerar, aprovar, manipular conhecimentos e informações de características distintas, sendo que esta capacidade pode ter vários aspectos e operar em múltiplos âmbitos.
Poder Administrativo Espaço setorial [2]	Apropriação e alocação de recursos (principalmente financeiros).
Poder político - Espaço Global	Mobilizar grupos sociais que demandam ou reclamam as suas necessidades e interesses, sendo mais abrangente e transcendente que os dois tipos anteriores.

[1]O espaço setorial é o ambiente próprio dos poderes administrativo e técnico

[2]O espaço global é o ambiente próprio do poder político

Fonte: Elaboração própria baseado em Testa, 1992.

Para Testa (1992), o **poder técnico** opera em muitos âmbitos e ocupa-se com vários aspectos que lidam com a forma de poder. O autor identifica, em princípio, as informações médica, sanitária, administrativa e marco teórico.

A informação médica está relacionada ao exercício da Medicina, usada na sua relação com o paciente. A clínica, a anatomia, a fisiologia, a patologia, entre outros, ambientam estes espaço. No caso da informação sanitária, corresponde àquela que geralmente é registrada como morbidade e mortalidade e, principalmente, os complexos sistemas de informação em saúde. A informação administrativa corresponde aos diversos indicadores de uso de recursos, como produção de serviços, custos e produtividade; que somada às informações sanitárias, subsidiam a tomada de decisão no setor.

Por último, existe um tipo particular de informação, que habitualmente não é manejada, a não ser de forma implícita, que é o marco teórico mais geral de como deveriam ser desenvolvidos (entendidos, relacionados) os outros tipos de conhecimentos citados. Segundo Testa (1992, p.119), “esse marco teórico da saúde é conhecido pela epidemiologia como o problema da causa das enfermidades ou, ampliando a noção de causa, a determinação e melhor ainda, a produção das enfermidades em um sentido social”, ou seja, esta relação é estabelecida pela relação que os homens mantêm entre si e a natureza por meio do trabalho. Para o autor, o marco teórico deve dar conta ou não de que as informações produzidas tenham capacidade de estabelecer nexos de classes sociais, segundo a formulação marxiana.

Outra característica do poder técnico abordado por Testa (1992) refere-se à capacidade de produzir certos tipos de linguagem geradores de um estilo elitista de “palavras difíceis e códigos secretos” que provoca um distanciamento na ação comunicativa entre os especialistas ou técnicos e a população. É um mecanismo para “reter, junto com a informação, o poder por ele gerado. Isto é independente da tecnologia informativa utilizada em cada uma das fases do processo” (TESTA, 1992, p. 121). Desta forma, o traçado estratégico do poder técnico é marcado pelo tipo de informação, o campo de ação, a homogeneidade do sistema e o seu estilo.

O **Poder administrativo**, para Testa (1992), visto da perspectiva da acumulação de poder no setor, é sintetizado quase completamente, nos países capitalistas, por meio das diversas formas de financiamento, que é o elemento central organizador dos diversos

subsetores do setor saúde. “O financiamento, como expressão do poder administrativo, é fundamental nos deslocamentos de poder dentro do setor” (TESTA, 1992, p.121)

Como exemplo no caso brasileiro citado por Andrade (2006, p.75), “observa-se um subsetor oficial público representado pelo Sistema Único de Saúde, por meio das esferas da União, estados e municípios; um subsetor complementar com suas diversas modalidades assumidas pelas prestações privadas de atenção médica, muitas vezes operando mediante planos de saúde e/ou credenciadas do SUS, notadamente na área de alta complexidade, e um terceiro subsetor, composto por entidades filantrópicas privadas não lucrativas”.

Testa (1992) enfatiza o fato de que cada subsetor possui uma forma específica de financiamento, uma modalidade de prestação de determinado tipo de serviço e uma população à qual é principalmente destinada sua atividade. Além disso, contudo, existem comunicações entre os subsetores, mediante as superposições entre as correspondentes coberturas ou os desvios de recursos, configurando assim o setor como uma rede de serviços de grande complexidade, cuja correta interpretação vai muito além da identificação de componentes e relações.

O autor enfatiza, ainda, o fato de que o setor saúde, por sua importância econômica, tenha passado a integrar a agenda do processo da economia transnacional, o que lhe confere um nível de complexidade cujas características dificultam alcançar modificações substantivas no terreno da organização setorial.

Reforça, ainda, a ideia de que se trabalhar com reforma no setor saúde,

[..] as análises estratégicas deverão ser orientadas para principalmente para a homogeneidade dos grupos sociais, que intervêm nas diferentes fases do financiamento de cada subsetor para a modalidade da apresentação do serviço, para a legalidade de cobertura e para o controle das comunicações entre os subsetores (TESTA, 1992, p.123).

Já nas análises tradicionais, o exame dos aspectos administrativos, geralmente, é feito com base no enfoque de sistemas. O que é estudado é o sistema de saúde, isto é, a organização setorial, mas tirando a ênfase das relações de poder, para pô-la no exame dos recursos e sua produtividade. O autor propõe, assim, a introdução da ideia de eficácia política como categoria central para a formulação de uma análise crítica.

Segundo o autor, entre as noções de eficácia e eficiência administrativa e eficácia e eficiência política, existem certas relações temporais importantes. Cada decisão administrativa (uso de poder administrativo) possui uma consequência sobre os grupos sociais afetados pela decisão, traduzida no aumento ou diminuição do apoio, que cada um desses grupos presta aos que tomam a decisão e a todos os demais.

O autor chama a atenção, ainda, para o deslocamento do poder desde uma decisão tomada. Na opinião de Testa (1992), “há dois momentos de eficácia política ante uma decisão administrativa, assim como há momentos técnicos e políticos que separam a decisão da implementação e do momento de sua eficácia”.

No momento de tomar uma decisão administrativa, começam dois tempos: o político, ou tempo que demora em se produzir a reação de apoio ou rechaço dos grupos sociais interessados ou afetados pelo problema, e o técnico, ou tempo que a decisão leva para ser implementada até obter a eficácia operativa. Com início no segundo momento, o de funcionamento eficaz da decisão implementada, volta a se iniciar outro tempo político, que agora é o de resposta, ante os fatos produzidos, ou a eficácia política da eficácia e eficiência processual (TESTA, 1992).

Poder Político é definido por Testa (1992) como a capacidade de desencadear uma mobilização, a qual vai produzir diversas formas de saber. Estas podem ser agrupadas em duas categorias: conhecimento empírico e conhecimento científico. Esta capacidade de mobilização pode ser considerada mobilizadora de atores sociais. Estes dois aspectos – o saber, como uma visão do mundo, e a prática, como construtora de sujeitos – é o que o autor define como ideologia, de maneira que o poder político surge como resultado de sua consideração, como ideologia, nos dois eixos mencionados - saber e prática.

Consoante Testa (1992), o saber empírico é decorrente da experiência, está vinculado à sustentação de grupos e utiliza-se da lógica formal de enfoque funcional. Já o saber científico advém de uma maneira formalizada de aquisição do conhecimento.

As formas práticas da ideologia do poder são a **dominação** - submissão de subordinados a chefes, dos fracos aos poderosos, dos dominados aos dominantes, e a **Hegemonia** - que é a viabilização e realização de um projeto, em particular, de um projeto político.

Conforme evidenciado por Testa (1992, p. 125), no setor saúde, o poder político possui características que o diferenciam dos outros dois tipos analisados - o administrativo e o técnico. Quer dizer, o poder político se intersecta com os poderes de tipo técnico e administrativo, nas formas de saber científico, como prática de dominação, e de saber empírico, como prática hegemônica.

Com origem nestas indicações teóricas, e considerando a proposta do estudo, trazemos uma importante abordagem de Pereira e Fonseca (2009), quando exprimem as consequências da decisão, mais precisamente, o risco nas decisões, o que é considerado na proposta deste estudo.

Na descrição dos autores, a maior parte das decisões envolve riscos, e por isso tendemos a procurar sempre a alternativa menos arriscada. A intensidade do risco vai depender da possibilidade, maior ou menor, de consequências desagradáveis, da experiência e autonomia do decisor para tomar a decisão e da possibilidade concreta de alcançar o objetivo pretendido.

Asseveram ainda que a proporção do risco na decisão dependa de duas variáveis: A autonomia do decisor (poder de decisão) e a possibilidade de alcance do objetivo da decisão (viabilidade).

Para os autores, o poder de decisão está relacionado com a pessoa do decisor, seja pelos seus atributos ou pela sua condição. A viabilidade decorre da disponibilidade de recursos de todas as ordens, na maioria das vezes, externos ao decisor ou independente do seu controle.

O quadro 2 demonstra a correlação entre esses dois fatores e a sua influência na tomada de decisão.

Quadro 2 - Risco nas decisões

		VIABILIDADE	
		BAIXA	ALTA
PODER	ALTO	Risco Elevado	Risco Nulo
	BAIXO	Risco Total	Risco Pequeno

Fonte: Pereira e Fonseca (2009).

Se o decisor dispõe de autonomia ou poder, e existe, um alto grau de viabilidade no alcance do objetivo, os riscos são praticamente nulos e são previsíveis as consequências da decisão. Se tanto a autonomia do decisor quanto a viabilidade de alcance dos objetivos forem muito baixas, os riscos são desproporcionais, e desse modo, a decisão deve ser evitada. Pouca autonomia com alta viabilidade traz riscos pequenos. Muita autonomia com pouca viabilidade de alcance inviabiliza a decisão.

Corroborando a supracitada ideia, o quadro nos alicerça em paralelo com os estudos de Mario Testa, onde o poder técnico, administrativo e político mostra viabilidade baixa ou alta, bem como o nível de risco na tomada de decisão.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Analisar os processos e fatores intervenientes na tomada de decisão em sistemas municipais de saúde do Ceará.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar os mecanismos e ferramentas para tomada de decisão em sistemas municipais de saúde do Ceará.
- Analisar a influência do poder político na tomada de decisão em sistemas municipais de saúde do Ceará.
- Identificar os fatores do poder administrativo e técnico na tomada de decisão em sistemas municipais de saúde do Ceará.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A dinâmica do processo de pesquisa exige interações, voltas, novas combinações lógicas entre as etapas. Também é necessário lembrar os cruzamentos que se dão entre as operações envolvidas em cada fase e as operações propriamente estruturais do nível epistemológico, teórico, metódico e técnico (LOPES, 2005, p. 135).

Embora apresentado em subitens, o relacionamento entre as operações metodológicas não são autônomas nem estanques. Importante destacar que as fases foram desenvolvidas concomitantes e não implicou em necessidade de finalizar uma para que pudéssemos iniciar a outra.

A revisão de literatura bem como o contato com a bibliografia de Mario Testa foi essencial para o estabelecimento do marco teórico do trabalho. As consultas bibliográficas foram realizadas concomitantemente às demais etapas da pesquisa, tanto em acervos particulares da pesquisadora e do orientador como também em sites e bases de periódicos (SciELO, BIREME, CAPES entre outros) e contemplou, principalmente, os seguintes temas: (1) O processo decisório – definição e principais abordagens (2) A gestão de Saúde Pública no Brasil (3) O poder e o processo decisório.

O problema da pesquisa foi lançado levando-se em consideração as pesquisas bibliográficas e estão explicitados na apresentação e, no capítulo três, são apresentados seus objetivos.

4.1 Tipo de estudo

A pesquisa, em função de seus objetivos, implicou a utilização de uma abordagem qualitativa, considerada por Minayo *et al.* (2004) uma abordagem metodológica, que leva em conta a compreensão, a inteligibilidade dos fenômenos sociais e o significado e a intencionalidade que lhe atribuem os agentes.

Seu objeto está orientado para o estudo dos motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores que se expressam na vida cotidiana e no fato de que ela deve ser empregada para a **compreensão de fenômenos específicos** e delimitáveis, adequando-se, por exemplo, ao

estudo do desempenho de uma instituição ou da **configuração de um fenômeno** ou processo (MINAYO; SANCHES, 1993).

Para Godoy (1995), no método qualitativo, a palavra escrita ocupa lugar de destaque, visando à compreensão ampla do fenômeno observado como um todo, não reduzindo a variáveis objetivas.

4.2 Seleção dos entrevistados

Nos estudos de natureza qualitativa, a seleção dos entrevistados tende a ser não probabilística. Para esta pesquisa, optou-se por uma seleção intencional, justificada pela participação no processo decisório e pelo conhecimento do tema, e está ligada “a significação e a capacidade que as fontes têm de dar informações confiáveis e relevantes sobre o tema de pesquisa” (DUARTE, 2006, p. 68).

A população em estudo foi composta por secretários de saúde de municípios do Estado do Ceará, membros da Comissão Intergestores Bipartite do Ceará e membros da Diretoria do Conselho de Secretários Municipais de Saúde, eleitos para o biênio 2010-2012, por considerarmos informantes-chave e representarem a distribuição populacional em municípios de pequeno, médio e grande porte.

O Estado do Ceará está localizado na região Nordeste do Brasil, limitando-se ao norte com o oceano atlântico, ao sul com o Estado de Pernambuco, o leste com os Estados do Rio Grande do Norte e Paraíba e a oeste com o Estado do Piauí. Possui uma área de 148.825,6 km², o que equivale a 9,57% da área pertencente à região Nordeste e 1,74% da área do Brasil. Desta forma, o Estado do Ceará é o quarto maior da Região Nordeste e o 17º entre os estados brasileiros em termo de extensão (CEARÁ, 2007).

No que tange à divisão político-administrativa, o Estado é composto atualmente por 184 municípios. A regionalização¹⁹ atual dos municípios adotada pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA) é composta por quatro macrorregiões de saúde (Fortaleza, Sobral, Sertão Central e Cariri) e 22 microrregiões de saúde. Já a regionalização adotada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) compreende sete mesorregiões e 33

¹⁹ A regionalização é a diretriz do Sistema Único de Saúde – SUS, que orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores (BRASIL, 2006).

microrregiões geográficas, formadas de acordo com os aspectos físicos, geográficos e de estrutura produtiva. Ressalta-se que outras regionalizações são adotadas pelas diversas secretarias do Estado do Ceará, como, por exemplo, as Secretarias de Educação, Cultura e Fazenda (CEARÁ, 2007).

A Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Ceará (CIB-CE) é um colegiado permanente dos gestores da saúde do Estado e dos municípios, para discussão e negociação das questões operacionais do Sistema Único de Saúde – SUS, instituída pelo Decreto nº 27.574 de 30 de setembro de 2004 (CEARÁ, 2011).

No seu Regimento, Capítulo II, da Constituição e Composição, artigo 3º, descreve que a CIB-CE é composta de forma paritária e integrada por 14 membros, sendo sete representantes da SESA e sete representantes do conjunto de municípios do Estado (CEARÁ, 2011).

O Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará – COSEMS, criado no dia 27 de maio de 1989, é uma entidade civil de direito privado, representativa das secretarias e secretários municipais de saúde do Estado do Ceará, sem fins lucrativos, com autonomia financeira e patrimonial. Tem por finalidade fortalecer a autonomia dos municípios, congregar os gestores municipais de saúde, funcionando como órgão permanente de intercâmbio de experiências e informações para os seus membros, participar na formulação de políticas de saúde nos contextos estadual e nacional, atuar de todas as formas para a melhoria das condições de saúde da população cearense (COSEMS, 1990).

A Diretoria Executiva é composta por presidente, vice-presidente, secretário geral, diretor financeiro e secretário de articulação interinstitucional. O cargo de membro da Diretoria Executiva é privativo do secretário municipal de saúde, implicando a perda desta condição caso perca o mandato (COSEMS, 1990).

Eis a divisão de municípios de pequeno, médio e grande porte, de acordo com o IBGE 2010: Municípios de pequeno porte 1 - até 20.000 habitantes; Municípios de pequeno porte 2 - de 20.001 até 50.000 habitantes; Municípios de médio porte - 50.001 a 100.000 habitantes; Municípios de grande porte - 101.000 até 900.000 habitantes; Metrópoles - municípios com mais de 900.000 habitantes.

Duarte (2006) descreve os informantes-chave como testemunhas privilegiadas que poderão fornecer informações fundamentais por estarem profunda e diretamente envolvidos com os aspectos centrais da questão.

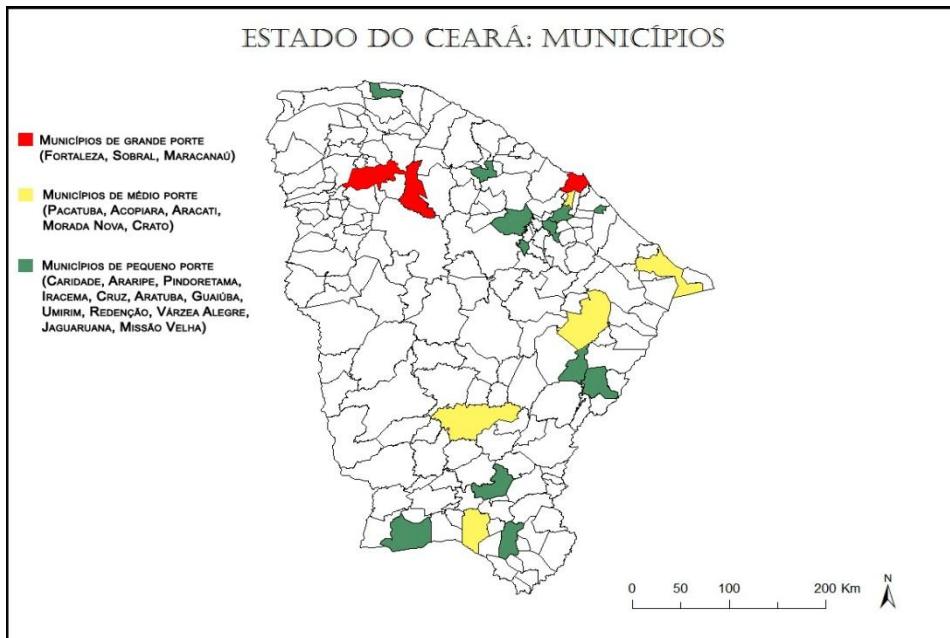
Para o primeiro delineamento, realizamos uma análise documental (atas e lista de frequência das reuniões da CIB nos anos 2010-2012), no objetivo de identificar os participantes da pesquisa. Após esta análise, os atributos definidos para a eleição dos entrevistados, além de responderem aos critérios de validade, foram: (1) secretário de saúde de municípios do Estado do Ceará, (2) membros da Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Ceará - CIB-CE, (3) membros da diretoria do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde – COSEMS e (4) participantes ativos nas discussões da gestão de saúde pública no Estado do Ceará.

Os participantes ativos nas discussões foram apontados mediante a leitura das atas e do nosso julgamento, considerando a necessidade de busca por sujeitos que pudessem dar informações relevantes sobre as questões da pesquisa.

Inicialmente, estimamos a participação de 20 secretários municipais de saúde, distribuídos conforme figura 2 considerando a análise documental e a nossa vivência prática. Seis participantes, no entanto, foram excluídos; quatro faltam constantemente às reuniões (invalidado pelo item 4) e dois desistiram de participar da pesquisa por mudança de função durante o percurso do trabalho (invalidados pelo item 01).

Portanto, a pesquisa foi realizada com a participação de 14 secretários municipais de saúde divididos em: dois municípios de grande porte, quatro município de médio porte e oito em municípios de pequeno porte.

Figura 2 – Localização geográfica dos municípios membros da CIB e Diretoria do COSEMS



Fonte: adaptado de IPECE (2007), adaptado por nós.

4.3 Técnica de coleta dos dados

O instrumento de coleta foi um roteiro de entrevista, semiestruturado, contendo os principais elementos divididos em blocos: poder técnico, poder administrativo e poder político (Apêndice A). A aplicação foi realizada exclusivamente por nós, utilizando-nos de gravação, como recurso de áudio após autorização e assinatura do Termo de consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Na inteligência de Cruz Neto (1994), a entrevista é um procedimento mais utilizado nas pesquisas qualitativas e destina-se a obter informes colhidos das falas dos agentes sociais. Tem duração de mais de uma hora e sua realização não pode se confundir com uma conversa desprevensiosa e neutra, pois se insere como meio de coleta de fatos vivenciados em uma determinada realidade e certos atores-chave.

Além da abordagem do autor supracitado, a opção por fazer entrevistas individuais se deu principalmente pela necessidade de obter uma compreensão detalhada do

assunto, bem como por facilitar o encontro entre o pesquisador e o entrevistado, considerando as múltiplas atividades das funções gestoras de saúde.

Nossa exigência em exclusivamente aplicar os questionários foi movida pela necessidade desafiadora de sujeito implicado na forma honesta da busca do conhecimento provida de aspectos éticos e rigores metodológicos.

Pluralizando este desafio, Minayo (2010) ensina que a escolha de um tema para estudo não emerge espontaneamente, da mesma forma que o conhecimento não é espontâneo. Surge de interesses e circunstâncias socialmente condicionados, frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e objetivos, ou seja, nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeira instância, um problema da vida prática.

O convite à participação do estudo foi realizado pessoalmente pela pesquisadora, com o intuito de buscar maior aproximação com os participantes, sensibilizando-os quanto à relevância do tema sob exame.

Segundo Gaskell (2002), o cuidado com o ambiente e com a forma de realização da entrevista é um aspecto importante na formulação das informações com base nesta técnica, pois ela se constitui desde um papel relacional incomum, em que pessoas partilham sobre uma realidade.

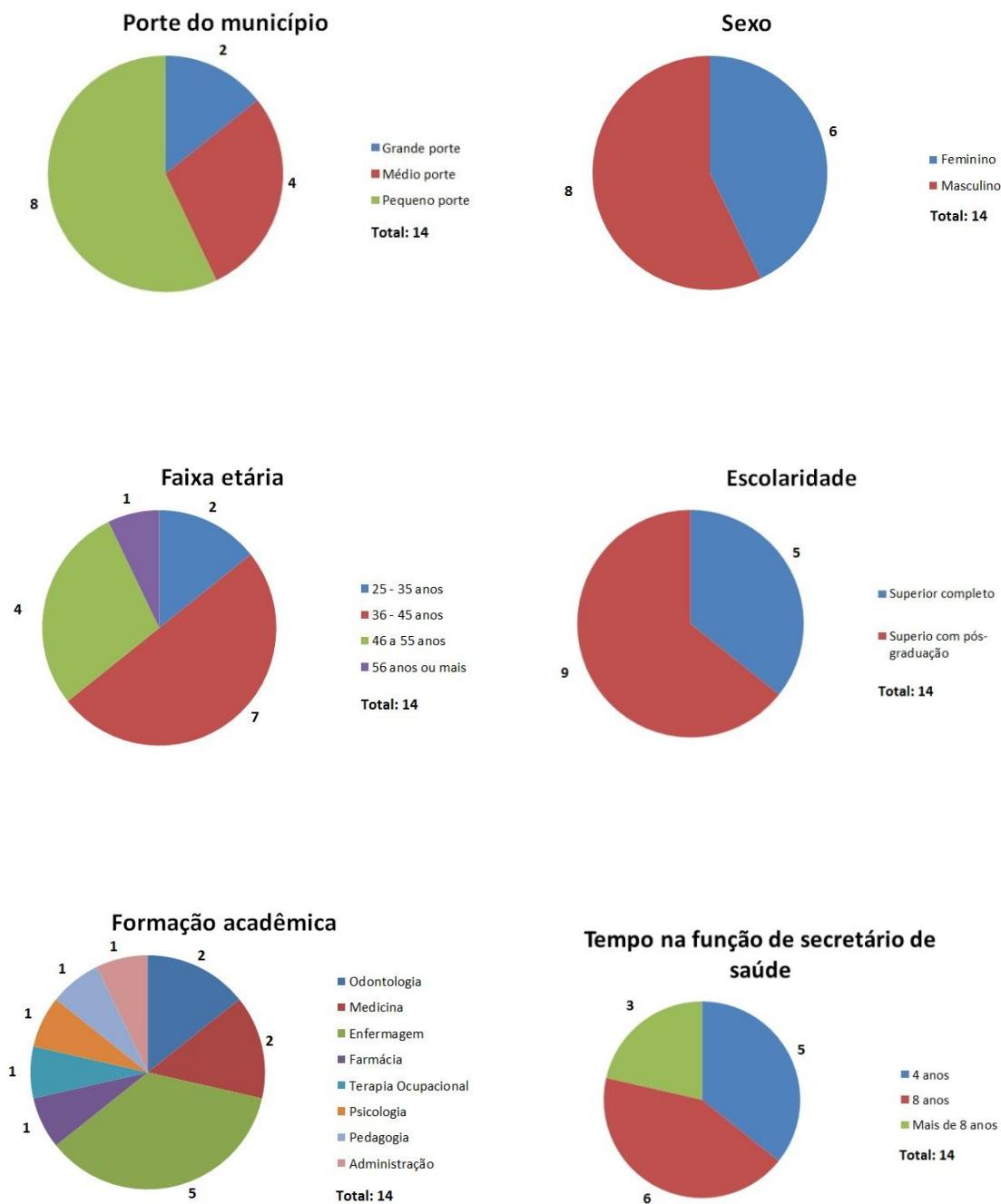
Para tal, as entrevistas foram desenvolvidas com arrimo em uma interação dinâmica entre pesquisador e entrevistado, no auditório do Conselho Municipal de Saúde (sete entrevistas), na Secretaria de Saúde do Estado (três entrevistas) e em visitas diretamente às secretarias municipais de saúde dos municípios (quatro entrevistas), todas previamente agendadas.

Ao longo das entrevistas, ocorreu um aumento de sensibilidade, conhecimento, compreensão do pesquisador perante o fenômeno sob estudo, o que, sem dúvida, foi usado nas abordagens seguintes das entrevistas, caracterizando, assim, um movimento próprio da pesquisa qualitativa.

De forma geral, as entrevistas foram marcadas pela colaboração de todos os entrevistados e um misto entre desabafos e elaboração de conhecimentos.

Os documentos (atas e lista de frequência) foram facilitados pela equipe da Secretaria Executiva da Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Ceará e as entrevistas foram facilitadas pela colaboração de funcionários do COSEMS, por meio de agendamentos e preparação do local apropriado.

Figura 3 - Breve panorama do perfil dos entrevistados.



Há pouca diferença identificada em relação aos gêneros feminino e masculino. A faixa etária predominante no grupo de entrevistados está entre 36-45 anos; o nível de escolaridade aponta para 100% com graduação e mais de 64% com pós-graduação. A formação profissional técnico-científico está voltada em geral para área da saúde como Enfermagem em primeiro lugar. Percebe-se ainda, no grupo dos entrevistados, que o tempo na função de gestor de saúde está entre quatro e oito anos.

4.4 Tratamento dos dados

A transformação de dados ainda no seu estado bruto envolve a utilização de determinados procedimentos para sistematizar, categorizar e tornar possível sua análise por parte do pesquisador.

Após coleta dos dados, reunimos as informações importantes à compreensão e interpretação do objeto estudado, traçados no inicio da pesquisa, realizando-se o seu processamento pela técnica de Análise de Conteúdo, segundo Bardin.

Esta técnica constitui numa metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de documentos, conduzida mediante uma descrição sistemática, no objetivo de atingir uma compreensão dos seus significados num nível que vai além de uma leitura comum. A Análise de Conteúdo constitui-se em bem mais do que uma simples técnica de análise de dados, representando uma abordagem metodológica com características e possibilidades próprias (MORAIS, 1999).

Na sua evolução, a análise de conteúdo oscila entre o rigor da suposta objetividade dos números e a fecundidade sempre questionada da subjetividade. Ao longo do tempo, entretanto, é cada vez mais valorizada a abordagem qualitativa utilizando especialmente a indução e a intuição como estratégias para atingir níveis de compreensão mais aprofundados dos fenômenos que se propõe investigar (MORAIS, 1999).

Bardin (1979) configura a Análise de Conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens.

A autora caracteriza a Análise de Conteúdo como empírica e, por esse motivo, não pode ser desenvolvida com base num modelo exato. Para sua operacionalização, contudo, devem ser seguidas algumas regras de base. Com efeito, a análise de conteúdo relaciona as estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e articula a superfície dos textos com os fatores que determinam suas características (contexto e processo de produção da mensagem) (MINAYO, 2010).

A sistematização e a expressão do conteúdo das entrevistas foram organizadas em três etapas, em conformidade com três polos cronológicos propostos por Bardin, 1979.

Seguindo a autora, os polos cronológicos compreendem a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

1 A pré-análise é a fase da organização e sistematização das ideias, onde estabeleceremos contatos com os textos transcritos²⁰, com o objetivo de fazer fluir impressões e orientações gerais para constituição do *corpus* das entrevistas, isto é, conjunto de documentos que serão submetidos à análise.

2 A exploração do material - nesta fase, fizemos a codificação dos dados brutos, no objetivo de alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para o auxílio nos procedimentos de seleção das unidades de análises, recorte, contagem e classificação, utilizamos o *software* de domínio público – LOGOS²¹ – que facilitou a etapa seguinte. Para Minayo (2010) o desenvolvimento da informática favorece o incremento nas modalidades de tratamento dos dados de comunicação, tendo potencializado o rigor técnico nas análises de conteúdo.

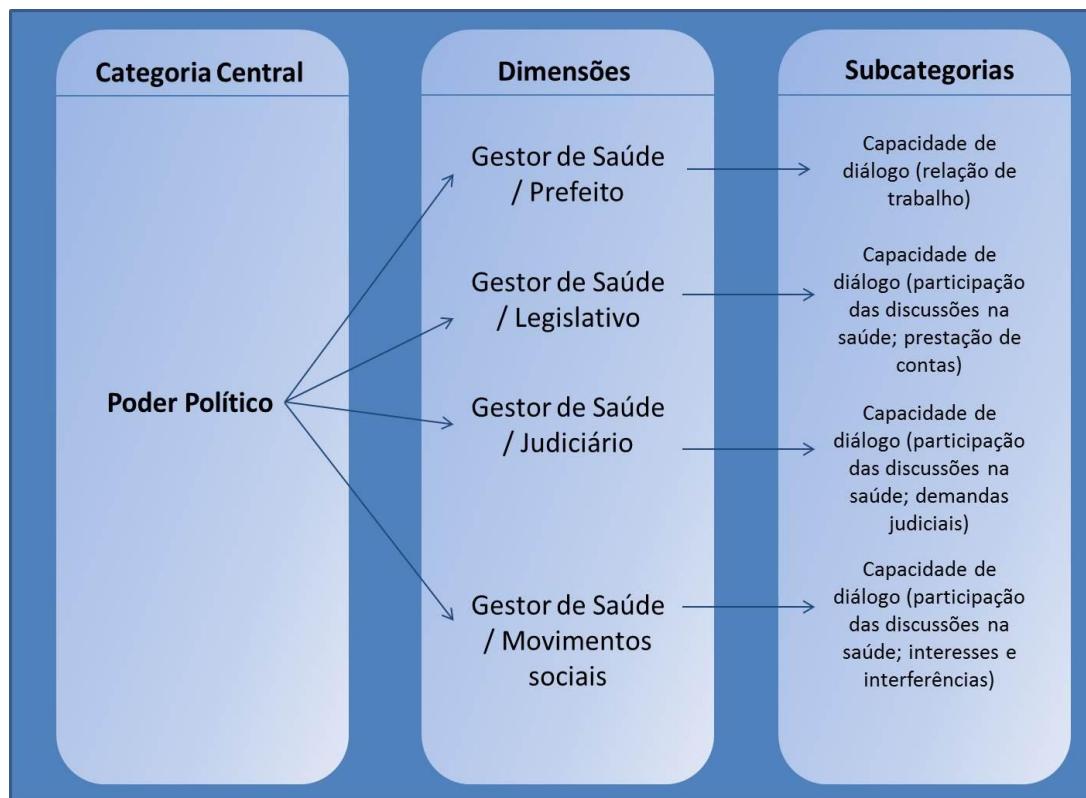
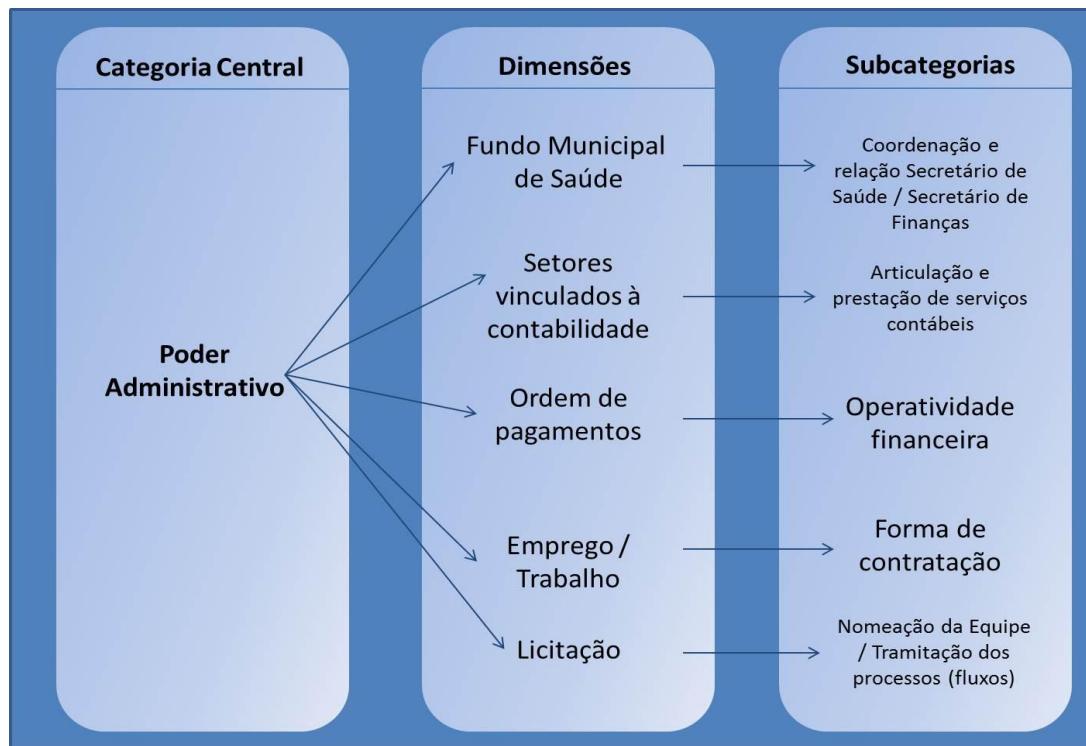
Para seleção das unidades de análises (Quadro 3), utilizamos os objetivos do trabalho como primeiros norteadores, no entanto, algumas categorias emergentes também foram incluídas, por sustentarem a proposta do estudo.

3 Tratamento dos resultados obtidos e interpretação - nesta etapa, os dados brutos já codificados foram organizados de modo a se tornarem significativos e válidos e que evidenciem as informações obtidas. Realizamos as interpretações de acordo com o quadro teórico delineado no projeto.

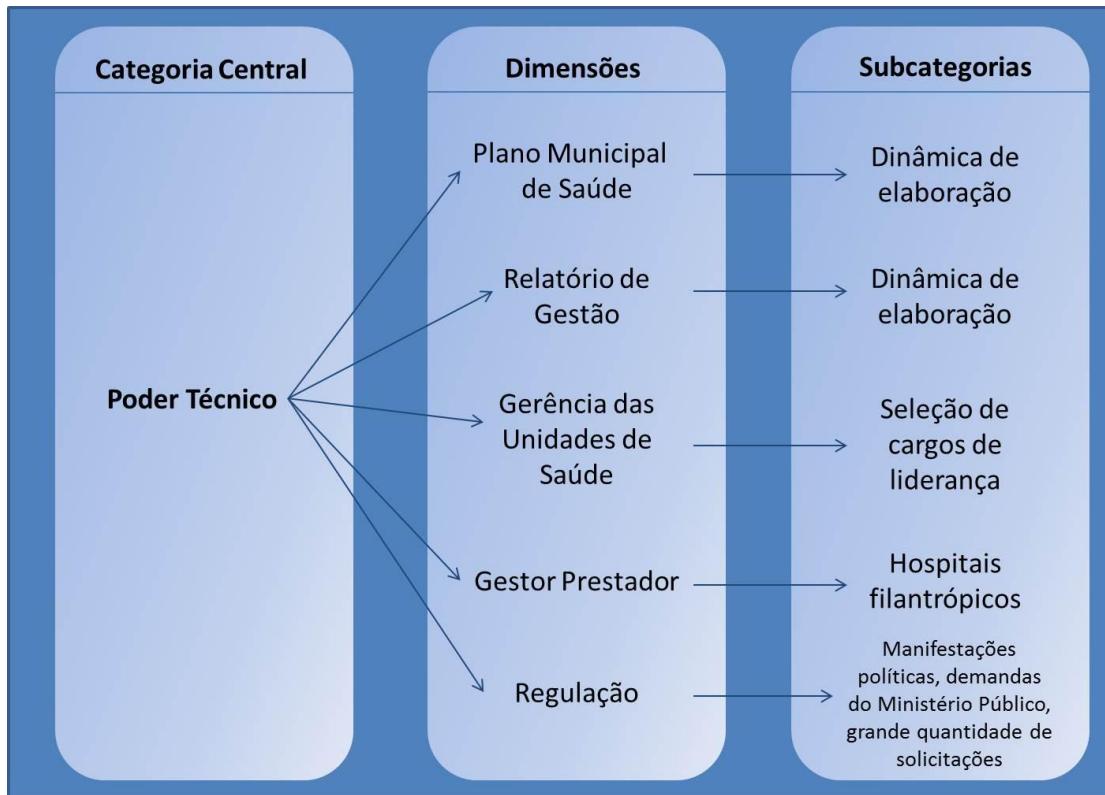
²⁰ Na transcrição das entrevistas, respeitamos a linguagem utilizada pelos entrevistados, bem como as pausas na fala. Nossa interferência ocorreu apenas quando houve a menção, por parte do entrevistado, de nomes de municípios ou pessoas que pudessem, de alguma forma, identificá-lo, situação em que omitimos tais referências do texto transscrito.

²¹ LOGOS – Um gerenciador de dados textuais criado pelo professor Kenneth Rochel de Camargo Jr, do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ. Fonte: Tutorial do Programa LOGOS, Rio de Janeiro 2003.

Quadro 3 - Categorias selecionadas para análise na tomada de decisão



Quadro 3 - Categorias selecionadas para análise na tomada de decisão (Cont.)



4.5 Questões éticas

A ética exibe-se como estofo na pesquisa; mais do que um conteúdo a ser ensinado, a ética é um exercício social, que é constituído cotidianamente.

A eticidade na pesquisa qualitativa é tema que vem sendo cada vez mais abordado no quadro da saúde coletiva na atualidade, em razão da diversidade de métodos, técnicas e paradigmas que orientam as investigações nesta abordagem (RAMOS *et al.*, 2010).

Para os autores, os estudos qualitativos requerem significativa aproximação entre o pesquisador e o pesquisado, sendo a confiança um aspecto importante para a garantia da qualidade dos dados e da pesquisa. Esta confiança está justamente inserida na forma dialogada pela busca de informações que pretendemos obter.

Portanto, seguindo as recomendações quanto aos cuidados éticos, os gestores participantes foram esclarecidos sobre a matéria de que trata essa pesquisa, cabendo a eles a decisão de participar ou não e a desistência em qualquer etapa da investigação.

Todos foram consultados previamente, tiveram acesso ao Projeto e ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (Apêndice B), conforme determina a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética de Pesquisa em Saúde da Universidade Federal do Ceará tendo sido aprovado (Anexo E).

As entrevistas foram gravadas mediante autorização e foi garantida a fidedignidade do que foi narrado perante as transcrições.

Quanto às informações fornecidas, foi assegurada a sua confidencialidade, não sendo, em hipótese alguma compartilhada para pessoas que não estejam diretamente envolvidas com a produção da pesquisa.

O material obtido foi analisado e subsidiou a formulação dos resultados da busca. Estão tornados públicos por meio desta dissertação, bem como em artigos que serão encaminhados para publicação em periódicos científicos, além da devolutiva a todos os participantes da pesquisa mediante apresentação, em reunião ampliada do COSEMS.

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

*Todo ponto de vista é à vista de um ponto.
Cada um lê com os olhos que tem e interpreta
a partir de onde os pés pisam.*

(LEONARDO BOFF, 1997, p. 9)

Retomando o suporte teórico basilar de Testa (1992), o **poder técnico** se configura na capacidade de lidar com informações, o que se revela no saber como fazer. Para tal, com suporte nas entrevistas, selecionamos as seguintes unidades de análise na gestão dos sistemas municipais de saúde: **Plano Municipal de Saúde, Relatório de Gestão, Gerência das Unidades de Saúde/Hospital e Regulação.**

O **poder administrativo** visto da perspectiva da acumulação de poder no setor, é sintetizado por intermédio das diversas formas de financiamento, que é o elemento central organizador dos diversos subsetores do setor saúde. Nesta categoria selecionamos: **Fundo Municipal de Saúde, setores Vinculados à Contabilidade, ordem de pagamento (Tesouraria), emprego/trabalho (Terceirização) e licitação.**

Já o **poder político** o autor define como a capacidade de desencadear uma mobilização, a qual ensejarão diversas formas de saber. Conforme evidenciado por Testa (1992), no setor saúde o, poder político possui características que o diferenciam dos outros dois tipos analisados, dentre elas a capacidade de mobilizar grupos sociais que demandam ou reclamam as suas necessidades e interesses, sendo mais abrangente e transcendente do que os dois tipos anteriores. Para esta abordagem, selecionamos as seguintes unidades para análise: **Relação do gestor de saúde com o prefeito, com o Poder Legislativo, com o Poder Judiciário e com os movimentos sociais.**

Esta apresentação, separada em três categorias, é apenas um mecanismo para fins de análise, já que, dentro do processo decisório, há o entrelaçamento dos três poderes, ou seja, em sua essência, eles estão interligados, imbricados, podendo influenciar diretamente um no outro durante a tomada de decisão, sendo difícil, inclusive, definir quais os limites exatos entre eles.

O próprio autor referenciado para suporte teórico chama a atenção para o deslocamento do poder com base em uma decisão tomada. “Há dois momentos de eficácia política ante uma decisão administrativa, assim como há momentos técnicos e políticos que separam a decisão da implementação e do momento de sua eficácia” (TESTA, 1992).

Durante a tomada de decisão administrativa, começam dois tempos: o político, tempo que demora em se produzir a reação de apoio ou rechaço dos grupos sociais interessados ou afetados pelo problema; e o técnico, tempo que a decisão leva para ser implementada até obter a eficácia operativa. Desde o segundo momento, o de funcionamento eficaz da decisão implementada, volta a se iniciar um tempo político, que agora é o de resposta, ante os fatos produzidos, ou a eficácia política da eficácia e eficiência processual conforme figura 4 (TESTA, 1992).

Figura 4 - Deslocamento do poder na tomada de decisão



Fonte: elaboração própria, com base em Testa (1992).

A produção de decisões é o propósito primordial da gestão em saúde, pois desencadeia a intermediação e a implementação das políticas. Para Miranda (2005), há muita complexidade e subjetividade envolvidas nesses processos da gestão. Os sistemas de direção, assim como o processo e os arranjos para a tomada de decisões, envolvem motivações, interesses, rationalidades imbricadas, intuição (e experiência intuitiva), conhecimentos, capacidades cognitivas, habilidades, qualidade estratégica, controle de capitais e recursos (tempo, informações, tecnologias, financiamento); enfim, características e qualidades de pessoas (sujeitos, agentes, atores institucionais) e não somente de sistemas ou serviços.

Corroborando o autor, é importante destacar o fato de que, em razão do material coletado, as categorias poder e tomada de decisão se expressaram independentemente do porte do município. Portanto, as observações estão muito mais nas relações e pessoas envolvidas aliadas às particularidades do cenário que pede a tomada de decisão do que na abrangência e complexidade dos sistemas de saúde local.

5.1 As tensões entre o poder técnico e administrativo e a confluência com o poder político

Conforme explicitado anteriormente, o setor público de saúde constitui um espaço de articulação entre duas lógicas fundamentais e de características diversas: técnica/administrativa/jurídica e política. Ao tomar uma decisão, o gestor de saúde precisa fazê-lo obedecendo a critérios técnicos e também legais, que permitam a operacionalização de sua decisão, mas também considerando a presença inerente de constantes negociações políticas a respeito de seu objeto primeiro de trabalho, que é a saúde da população. Desta maneira, os gestores estão subordinados, no seu cotidiano, a uma série de demandas, que vão desde a imposição de normas técnicas, até a ação de determinados grupos de interesses, sendo assim influenciados por valores políticos, pessoais, governamentais, de organização e ideológicos.

Em busca de um enfoque que nos permitisse compreender os processos e fatores intervenientes para tomada de decisão em sistemas municipais de saúde do Ceará, a primeira implicação está relacionada às tensões entre os poderes técnicos e administrativos e a confluência com o poder político. Para tanto, delineamos as implicações e paradoxos da realidade da prática de gestão sob a óptica dos entrevistados.

5.1.1 *Tomada de decisão à luz do Plano Municipal de Saúde (PMS) e Relatório Anual de Gestão (RAG)*

Inicialmente, cabe lembrar que o planejamento e os instrumentos resultantes de seu processo, como o Plano Municipal de Saúde e o Relatório Anual de Gestão, são objetos que compõem o arcabouço legal do SUS, quer indicando processos e métodos de formulação, quer como requisitos para fins de repasse financeiro (BRASIL, 2009a).

Para Chorny (1998 apud BRASIL, 2009a), “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”.

O planejamento é uma função estratégica da gestão assegurada pela Constituição Federal de 1988. As suas referências podem ser encontradas na Lei 8.080/90, Cap. IV, Art.15, incisos VIII e XVIII, onde se estabelece, como funções da União, estados, Distrito Federal e municípios, a elaboração do Plano de Saúde, articulado com a política de saúde e sua atualização periódica (BRASIL, 1990a).

Outra referência ao Plano Municipal de Saúde encontra-se na mesma Lei, no Cap. III, Art. 36, § 1º e 2º, que fixa o planejamento ascendente – desde o nível local ao federal – determinando que os planos de saúde sejam o ponto de partida das atividades e programações em saúde, cujo financiamento deve constar na respectiva proposta orçamentária (BRASIL, 1990a).

A Lei nº 8.142/90, no Art. 4, incisos III e IV, diz que os municípios, os estados e o Distrito Federal devem contar com Plano de Saúde para o recebimento dos recursos (BRASIL, 1990b). A Lei 8.142 também tornou explícito o fato de que, nesse Plano, devem constar as propostas de atenção à saúde que estarão baseadas nas diretrizes para a formulação da Política de Saúde do Município, advindas da Conferência Municipal de Saúde.

O Plano de Saúde, portanto, deve ser a expressão das políticas e dos compromissos de saúde numa determinada esfera da gestão. É a base para a execução, o monitoramento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde.

Com suporte nas falas dos entrevistados, as unidades de análise identificadas sobre a dinâmica de elaboração do Plano Municipal de Saúde foram: oficinas, orçamento participativo, reuniões, auxílio externo.

Todos os entrevistados relataram, em algum momento da elaboração do Plano Municipal de Saúde, a participação da comunidade por intermédio de oficinas, reuniões e/ou orçamento participativo. Destes, cinco utilizaram auxílio externo para a sua elaboração, por meio de assessorias de empresas e/ou profissionais especializados na área de planejamento.

[...] Fazemos varias reuniões nas comunidades. É um momento bem interessante... interessante do ponto de vista da ansiedade do povo em falar, em pedir, em sugerir. (E-5)

[...] As oficinas são feitas por áreas de território do PSF. Aí utilizamos sempre auditórios das unidades ou, naquelas que não têm, usamos igrejas ou escolas. (E-14)

[...] Desde meu primeiro trabalho como secretário, e nas três cidades que trabalhei o prefeito sempre fazia o orçamento participativo. Ai ele ou outra pessoa do seu gabinete apresentava todas as áreas: de saúde, de educação e outras coisas mais... E aí iniciava as discussões. Então, minha equipe da saúde ficava atenta pra anotar tudo e depois elaborar o documento. (E-8)

A presença do orçamento participativo como momento de elaboração do Plano de Saúde merece uma reflexão. Em geral, as experiências brasileiras com OP concentraram-se na definição da Lei de Diretrizes Orçamentárias pela população, cuja consulta normalmente é feita em reuniões realizadas durante o primeiro semestre do ano nas diversas regiões administrativas das cidades (ANDREATTA, 1995).

De acordo com o autor, nessas reuniões, os representantes populares encaminham suas reivindicações e elegem delegados, que, por sua vez, se transformam em canais de comunicação dessa população com a Administração Pública e a representam na elaboração do plano de investimentos. Esses delegados formam um conselho, ao qual também cabe a análise das obras planejadas pelo Governo municipal. São igualmente discutidas as prioridades de cada região e os assuntos de interesse geral, estes últimos quase sempre divididos em plenárias especiais.

No dizer de Ribeiro e Grazia (2002, p. 40), “o Orçamento Participativo encontra-se orientado para o alcance de conquistas institucionais e para a transformação da cultura política”.

Embora não tenhamos a pretensão de aprofundar os detalhes da dinâmica de elaboração do Plano Municipal de Saúde sob o ponto de vista da participação popular, uma fala específica solicita reflexão, pois aponta uma possibilidade de degeneração deste processo. Esta fala, registrada a seguir, traz uma maneira de escamotear a participação comunitária do

ponto de vista da tomada de decisão, subtraindo o poder técnico em detrimento ao poder político do prefeito. Aqui, se evidenciam os jogos de poder utilizados para influenciar e ajustar as decisões a interesses.

[...] O condutor do orçamento fazia intervenção para que a comunidade escolhesse a demanda que o prefeito indicava, ou seja, que ele já tinha articulado as ações no que se diz respeito a obras (unidades de saúde). Quando alguém falava coisas que não era para falar, aí o prefeito, que tem muita força na palavra, sempre dava um jeito. (E-7)

Apesar de todos os entrevistados relatarem a participação da comunidade, a exemplo dos depoimentos relatados, nos interessa destacar que aquilo que à primeira vista parece um processo democrático pode ser “uma forma de fazer com que acatem decisões previamente tomadas, em função de uma ilusão de participação e de poder” (MOTTA, 1981).

Avritzer e Navarro (2003), examinando, comparativamente, as experiências de funcionamento do orçamento participativo em diversos municípios brasileiros, chamam a atenção e criticam o tom idealizante dessa chamada *efervescência participativa* presente no debate sobre o orçamento participativo.

O reconhecimento do dilema expresso no último depoimento sobre a intervenção do poder político no orçamento participativo expressa a complexidade presente nos processos de participação e de deliberação na tomada de decisão, trazendo embutida a autonomia ou a falta dela.

Outro ponto que os depoimentos tendem a revelar diz respeito ao tensionamento estabelecido entre as demandas impostas pelo cotidiano da gestão, direcionando seu foco para o imediatismo das ações, ou seja, a contraposição do planejamento.

[...] Plano de Saúde é bom para uma fiscalização, uma auditoria. Mas na prática fica um pouco desacreditado, **pois quem comanda a gestão da saúde não é o plano, o planejamento e sim o dia a dia da gestão**, as novas políticas que vão surgindo e os recursos que vamos recebendo. (E-7)

O que este depoimento explicita também é outra dimensão frequentemente discutida na gestão do SUS: a relação do planejamento e o financiamento - ou, frequentemente, com a falta dele.

Esta aparente burocratização do Plano Municipal de Saúde, reduzido à condição de instrumento formal da gestão, cuja elaboração deixa de caracterizar de fato oportunidade

de estratégias e ações no cotidiano, é fortalecida pela política conformadora da organização do SUS com origem no financiamento, em especial por parte do Ministério da Saúde.

E já que o Plano Municipal de Saúde não é condicionante para o repasse de recursos do SUS, uma vez que o teto financeiro para as ações e serviços de saúde independe deste instrumento, torna-se difícil levar ao fim a era “da cenoura e da vara” no SUS. A analogia, de Santos e Andrade (2007), é uma crítica à obediência cega a normas operacionais e portarias ministeriais, que muitas vezes rompem com as realidades locais e regionais e interferem na autonomia do ente federativo para organizar seu sistema de acordo com essas realidades.

Para os autores, os recursos das transferências obrigatórias da União para os estados, e destes para os municípios, deveriam ser repassados mediante critérios legais, como o critério do valor global, que leva em conta a demografia, a organização dos serviços, a epidemiologia e a referência e contra referência, nos termos do artigo 35 da Lei n. 8.080/90, “assim, facilitando a relação do planejamento e financiamento” (grifamos).

Além do condicionamento da tomada de decisão à política vigente de financiamento, outra limitação do ponto de vista técnico está relacionada à fragilidade da mobilização de conhecimento, também identificada como elemento determinante na elaboração do Plano Municipal de Saúde.

[...] Temos uma empresa excelente, que até já indiquei a alguns colegas. Nestes meus 12 anos como gestor, até agora não consegui uma boa equipe para trabalhar o planejamento. O pessoal é bem “preguiçoso” nesta área, acho que porque ninguém dá muita importância. A empresa manda de três a quatro funcionários e eles fazem as reuniões com os funcionários da saúde e depois com o conselho. (E-1)

Desta forma, a elaboração do Plano Municipal de Saúde, que deveria mobilizar e sintetizar os três poderes (técnico, administrativo e político), é repassada a empresas que “vendem” um produto técnico, colaborando ainda mais para a existência do PMS como uma peça burocrática, e causando um fator de confusão no deslocamento do poder do gestor de saúde.

[...] Quando o prefeito me disse que tinha uma empresa para fazer o planejamento até fiquei alegre, mas depois foi uma complicação porque as reuniões nas comunidades deixaram as pessoas muito ansiosas... Então o que me preocupa mesmo é a expectativa do povo quando alguma coisa é sugerida e eu sei que é impossível, como construir um posto de saúde na localidade, entende? (E-3)

Esse distanciamento entre quem está na execução e quem está planejando, sem dialogar com a realidade cotidiana das demandas de saúde, pode, inclusive, dificultar a efetividade na tomada de decisão conforme descrito no texto da entrevista há pouco reproduzida.

Outros temas identificados nos depoimentos coletados foram a *capacidade governativa* e o *processo decisório*, ou, dito de outra maneira, *governabilidade* e *governança*, conceitos frequentemente confundidos e que ordinariamente utilizados em diversas discussões da gestão pública na atualidade.

Para Pereira (1998, p. 33),

Governabilidade é uma capacidade política de governar derivada da relação de legitimidade do Estado e do seu governo com a sociedade; governança é a capacidade financeira e administrativa, em sentido amplo, de um governo implementar políticas (pág. 33).

Corroborando o autor supracitado, o discurso seguinte ilustra o fato de que a governança é exercida pelo teto financeiro das ações e serviços de saúde, enquanto a governabilidade está condicionada à liberação do prefeito.

[...] No plano colocamos o direcionamento das ações e serviços a serem implantados e implementados, porém, **não temos governança** sobre a composição do teto financeiro das ações. Mesmo que façamos um bom plano, se não tivermos o dinheiro ou até mesmo a liberação pelo prefeito, tudo dificulta. (E-14)

A fala exposta demonstra que a governança em questão, mesmo quando presente, não é suficiente para produzir a mudança, o que releva a necessidade de ampliar a governabilidade, como ingrediente determinante na tomada de decisão.

Apesar das distinções dos conceitos, consideramos, com suporte na fala do entrevistado, que as ações de governança e governabilidade são interdependentes, ou seja, na falta ou deficiência de um, pode-se prejudicar o outro.

Ampliando a discussão, lembramos que Andrade (2012) defende a governança como um fenômeno mais amplo do que governabilidade. Em sua conceituação, ela abrange as instituições governamentais, mas implica também os mecanismos informais de caráter não governamental, os quais fazem com que as pessoas e as organizações dentro de sua área de atuação tenham uma conduta determinada, satisfaçam suas necessidades e respondam às suas demandas.

Mencionado autor descreve que, em muitos cenários, um órgão como o Ministério da Saúde, por exemplo, vem buscando mais governança do que governabilidade, mediante os processos de decisão colegiada do SUS expressadas nas comissões intergestores tri e bipartite. Associa-se a isso a permanente necessidade de negociação com o controle social pelas conferências e conselhos de saúde. Ainda, porém, que o Ministério da Saúde vise mais à governança, atuando de maneira colegiada, as pactuações nem sempre se concretizam ante a falta de instrumentos jurídicos formais com força vinculante entre as esferas governamentais.

Com efeito, o autor entende que, no âmbito do Sistema Único de Saúde, há baixa governança, devendo-se adotar instrumentos jurídicos, conforme previsto no Decreto nº 7.508, de 2011 (no Contrato Organizativo da Ação Pública), com a finalidade de aprimorá-la. Assim, deve-se primar pela diminuição de ações que visem mais à hierarquia administrativa do que às relações de cooperação.

Em sua essência, governabilidade e governança têm o poder de intervir/moldar a tomada de decisão. A capacidade administrativa e financeira, atrelada à mobilização política, facilita a implantação das propostas do Plano Municipal da Saúde e, de igual referência, o seu contrário.

No contexto da pesquisa, outro questionamento sobre instrumentos da gestão, desta vez com relação ao Relatório Anual de Gestão (RAG), trouxe características semelhantes ao Plano Municipal de Saúde no que se refere à sua elaboração.

Convém, em primeira abordagem sobre o assunto, expressar que o Relatório Anual de Gestão é regulamentado pelo item IV, do art. 4º, da Lei 8.142/1990, utilizado para comprovar a aplicação dos recursos, trazendo os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (PAS). É, pois, importante para orientar a elaboração da nova programação anual, bem como apontar ajustes, que possam fazer necessários, no Plano de Saúde. Torna-se, com efeito, a principal ferramenta para subsidiar o monitoramento e a avaliação da gestão do Sistema Único de Saúde nos âmbitos municipal, estadual, no Distrito Federal e União (BRASIL, 2010).

A constituição do RAG necessita ser uma prática vinculada ao cotidiano da gestão, haja vista que a apresentação desse documento deve ser precedida das prestações de contas trimestrais estabelecidas legalmente. Sendo assim, o gestor deverá exibir, ao final da

um ano de gestão, o RAG ao respectivo Conselho de Saúde, para que seja possível a apreciação.

Na análise das entrevistas, seis dos 14 entrevistados recorrem a assessorias para elaboração do referido instrumento. Os demais formulam com arrimo na análise das áreas técnicas da Secretaria Municipal de Saúde e, em seguida, encaminham ao Conselho Municipal de Saúde.

[...] A formatação do documento é feita por uma empresa que presta serviço a prefeitura, pois o número de funcionários é escasso. (E-1)

[...] Passamos pra eles (empresa) os dados como indicadores de saúde e eles consolidam. (E-3)

Aqui se exprime novamente o papel de empresas que elaboram o referido documento, mas esta participação tem um contexto diferente daquela presente na elaboração do Plano Municipal de Saúde, já que o Relatório pode ser feito com dados importados de sistemas diversos como SIOPS, CNES, IBGE, SIM, SIH-SUS, SISPACTO.

O próprio Ministério da Saúde, reconhecendo a complexidade de estruturação do RAG, criou uma ferramenta informatizada (SARGSUS) com o objetivo de facilitar a elaboração e envio deste documento ao Conselho de Saúde, com ajuda de uma base de dados com as informações que servirão de fonte para análises estratégicas de monitoramento e avaliação da gestão do SUS (BRASIL, 2010).

O SARGSUS foi formulado para disponibilizar a maior parte dos dados a serem utilizados pelas equipes gestoras das secretarias. Os dados serão importados dos seguintes sistemas de informação (1) Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS); (2) Aplicativo do Pacto pela Saúde (SISPACTO); (3) Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); (4) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); (5) Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS); (6) Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

De posse deste material, os gestores deverão fazer o Relatório da Gestão, tendo como base a análise de sua programação anual, o desempenho dos indicadores pactuados e dos recursos utilizados. Com o SARGSUS, o gestor poderá produzir seu relatório eletronicamente e enviar ao Conselho de Saúde para apreciação.

Como a utilização da ferramenta foi iniciada no ano de 2011, apenas um entrevistado fez menção ao SARGSUS.

[...] Com a ferramenta do SARGSUS, estamos enfrentando muitas dificuldades, devido à falta de base de dados em tempo oportuno de alguns indicadores e pela falta de conhecimento técnico contábil nos formulários que dizem respeito ao SIOPS (E-9).

Analisamos, portanto, o fato de que a prática de encaminhar a formulação do relatório de gestão a empresas especializadas será reduzida, já que a ferramenta SARGSUS é dinâmica e possibilita ao gestor e sua equipe a tomada de decisão de preencher e analisar ou não.

5.1.2 Tomada de decisão e a seleção de cargos de liderança

A relação entre os poderes administrativo e político é intrínseca e demasiadamente forte, influenciando diversos processos dentro de uma Secretaria Municipal de Saúde, a exemplo da escolha dos cargos de liderança que mobilizam poderes técnicos e administrativos, feita muitas vezes mediante indicações políticas, podendo fragilizar a tomada de decisão por parte do gestor.

Na seleção para cargos de direção, 12 dos 14 entrevistados relataram que os cargos são indicados por políticos (prefeitos e vereadores), a exemplo da fala a seguir:

[...] A indicação destes cargos é toda com o prefeito e as lideranças políticas, mas sempre me consultam pra saber se a pessoa tem perfil para tal atividade. Quando digo que não eles colocam em outro lugar, ou em outra secretaria (E-7).

Uma particularidade merece ser mencionada: o perfil técnico e de liderança foi abordado em todas as entrevistas.

[...] Dentro do próprio quadro de funcionários avaliamos os que têm perfil de coordenação, de chefia, de liderança. Aí sugerimos para o prefeito e ele nomeia. (E-5)

[...] Apesar de o prefeito indicar, eu sempre faço uma entrevista e analiso se dá pra aproveitar ou não. Tem uns que chegam bem tímidos, mas fazem cursos, se dedicam e aquele “preconceito” que tive no início desaparece, sou surpreendido. Em outros casos, chega gente cheia com diploma, cheio de cursos e não tem perfil para liderar, principalmente os conflitos internos. Estes, devolvo mesmo pro prefeito. (E-9)

[...] Seleção curricular e indicação política em alguns casos, mas sempre observando o perfil técnico. (E-1)

[...] Antigamente o prefeito colocava qualquer pessoa pra coordenar qualquer área da saúde. Já vi de tudo. Mas hoje mudou um pouco. Mesmo ele indicando já tem certos cuidados, principalmente quando o assunto é saúde (E-13).

Nota-se, nestes discursos, a noção de que, apesar das indicações políticas, a gestão evoluiu no sentido de ter a frente dos seus serviços profissionais com perfis específicos. Os modelos de Administração Pública, entretanto, aplicados na evolução das atividades administrativas, têm demonstram algumas contradições como as refletidas no discurso seguinte:

[...] É claro que é o prefeito. Ele coloca o povo dele, para cumprir os acordos que foram firmados antes das eleições, e muitas vezes temos que conviver com funcionários coordenadores que dão mais trabalho do que coordenam alguma coisa. Ainda temos muito a evoluir nisso. (E-7)

Esta prática, porém vinda da administração patrimonialista iniciada no Brasil-Colônia, conforme expresso no referencial teórico, na qual os cargos públicos são distribuídos por vínculos de afeição e trocas de favores, de sorte que ainda são utilizadas até hoje.

Uma particularidade abordada em relação à seleção dos cargos de liderança, mas que pode e deve ser discutida em todas as circunstâncias da gestão, é o “conhecimento e prática da gestão”.

A disposição para a aprendizagem prática sempre teve grande importância nas organizações que necessitam do conhecimento para melhorar a habilidade de seus membros na realização das atividades e para obterem melhores condições de lidar com as incertezas e tomar decisões mais acertadas (VIEIRA, 2006).

Nos discursos a seguir, **o conhecimento da gestão** é expresso no poder de discutir com o prefeito: o poder técnico que está relacionado à posse do conhecimento, experiência ou capacidade, conquistando espaço de discussão junto ao poder político.

[...] Antigamente não era assim. Quando fui secretário pela primeira vez, como não conhecia a realidade da prática de gestão, eu aceitava e tentava me adequar às demandas do prefeito. Hoje, já depois de muito tempo, não aceito mais certas questões. O conhecimento me fez ser mais viva e ter voz para discutir com os políticos. (E-9)

[...] Eu que faço a seleção do funcionário “pessoalmente”. Mesmo que o prefeito indique eu vejo se dá para aproveitar... às vezes dá, às vezes não. Já quebrei muito minha cabeça com gente nas coordenações só por politicagem, mas isso foi quando eu não entendia bem o que era gestão do SUS. Depois da minha prática, quase 9 anos depois, me sinto mais preparada para debater sobre tudo com o prefeito. E olha que ele me escuta muito, me pergunta e hoje, não me gabando, sou referência para ele, mas só depois que apanhei muito. Ele até brinca dizendo que “endureci o couro. Tanta reunião, tanta coisa né? (E-7)

Segundo Pereira e Fonseca (1997), “*O contexto do momento de vida direciona nossa atenção e todo o processo perceptivo e é um modificador na tomada de decisões*”.

Os conceitos e as percepções possibilitam a pessoa fazer uma leitura de contextos que vai confirmar ou modificar as ações dele como decisor. A acumulação de conhecimentos e a experiência prévia também são importantes no processo decisório.

Na intelecção de Pozo (1998), *apud* por Sabbadini (2005) “... *A experiência prévia com um problema ajuda na solução de problemas estruturalmente semelhantes, ou que pelo menos possuíam determinados aspectos estruturais em comum...*”

Deste modo, verifica-se o fato de que conceitos associados à experiência prévia dos indivíduos constituem-se num conjunto de elementos diretamente vinculados à tomada de decisão.

Efetivamente, podemos inferir aqui que o gestor passou por um “empoderamento”²² técnico/administrativo.

Para Horochovski e Meirelles (2007), a definição de “empoderamento” é próxima da noção de autonomia, pois se refere à capacidade de pessoas e grupos poderem decidir sobre as questões que lhes dizem respeito, escolher, enfim, entre cursos de ação alternativos em múltiplas esferas – política, econômica, cultural, psicológica, entre outras.

Considerando o contexto das entrevistas e assumindo o posicionamento de Costa (2013), ao descrever que “Empoderamento é o mecanismo pelo qual as pessoas, as organizações, as comunidades tomam consciência da sua habilidade e competência para produzir e criar e gerir”, ressaltamos ainda a perspectiva de “empoderamento” em permitir ter voz, visibilidade, influência e capacidade de ação e decisão, como acrescentam Horochovski e Meirelles (2007).

²² “Empoderamento” tem um conceito polissêmico. Em anos recentes, multiplicou-se o emprego do seu entendimento em vários campos do conhecimento – Administração, Economia, Saúde, Desenvolvimento Comunitário e Sociologia Política, por exemplo.

Em termos históricos, o “empoderamento” e seus múltiplos sentidos advêm de várias origens. Tem raízes nas lutas pelos direitos civis, principalmente no movimento feminista, assumindo significações que se referem ao desenvolvimento de potencialidades, aumento de informação e percepção, buscando uma participação real e simbólica que possibilite a democracia (BAQUERO, 2001).

O tempo de atividade em gestão de saúde pode até não ser garantia de “empoderamento”, mas a possilita, conforme descreve o trecho da entrevista abaixo:

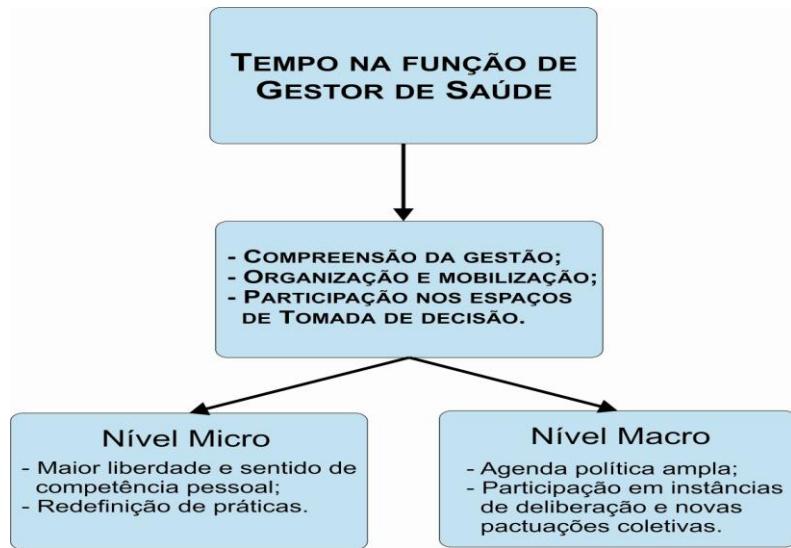
[...] quase 9 anos depois, me sinto mais preparada para debater sobre tudo com o prefeito. (E-7)

[...] Hoje, já depois de muito tempo, não aceito mais certas questões. (E-9)

Segundo Stromquist (1997), os parâmetros do “empoderamento” são: o estabelecimento de uma autoimagem e a confiança positiva; desenvolvimento da habilidade para pensar criticamente; a coesão de grupo; a promoção da tomada de decisões e a ação.

Assim, cabe discutir que o “empoderamento” traz à tona uma nova concepção de poder - o poder do conhecimento prático que fortalece a decisão, conforme apresentado na figura 5.

Figura 5 - Processo de Empoderamento na Gestão de Saúde Pública



Fonte: elaboração própria com base nas entrevistas.

5.1.3 *Tomada de decisão e a relação do Gestor/Prestador*

O momento atual da gestão do SUS provoca mudanças na relação entre gestor e prestador, passando de um processo meramente burocrático a uma nova modalidade contratual (contratualização). Essa modalidade não se restringe ao ato formal de contratação de serviços. Consiste em uma pactuação entre gestor e prestador de serviços, na qual são estabelecidas metas quantitativas e qualitativas de acordo com as necessidades de saúde da população e do perfil assistencial do prestador. São especificadas obrigações e responsabilidades para as partes envolvidas e estabelecidos critérios para o monitoramento e avaliação de seu desempenho (BRASIL, 2006).

A contratação formal, predominante no sistema por muito tempo, baseava-se na produção de serviços, levando em conta apenas a capacidade instalada física e de recursos humanos dos prestadores e nos limites financeiros estabelecidos para o custeio das ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Além do mais, poucos contratos definiam indicadores de desempenho qualitativo e quantitativo do serviço.

Desde 2003, foram criados, pelo Ministério da Saúde, políticas e/ou programas nacionais pautados na lógica da contratualização, destinados aos hospitais de ensino, hospitais de pequeno porte e filantrópicos.

Para efeito desta pesquisa, abordamos a relação Gestor/Prestador a exemplo dos hospitais filantrópicos, por entendermos que estes hospitais se caracterizam nos municípios como importantes prestadores de serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS). O setor hospitalar filantrópico²³ no Brasil é atualmente responsável por cerca de 1/3 dos leitos existentes no País (DATASUS, 2013).

O Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos formaliza-se mediante de contratualização com estabelecimento de metas e indicadores, o que deverá ser aprovado pelas CIBs e homologado pelo Ministério da Saúde. Foram estabelecidos recursos financeiros destinados à implantação do Programa que compreendem os

²³ Pela regulamentação vigente, são consideradas filantrópicas as entidades portadoras do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEAS), concedido pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), órgão subordinado ao Ministério de Assistência e Promoção Social. O CEAS é uma exigência para a obtenção de várias isenções fiscais e tributárias, passíveis de serem auferidas pelas filantrópicas. Várias condições são exigidas para a concessão do CEAS. Em particular, para os hospitais, destacam-se duas exigências: a oferta e efetiva prestação de 60% ou mais de internações ao SUS; e, no caso do gestor local do SUS declarar impossibilidade de contratação de 60% de internações, a entidade hospitalar aplicar um porcentual da receita bruta em gratuidade, variando entre 20% e 5%, na dependência do efetivo porcentual de atendimento ao SUS (BRASIL, 2002)

componentes a seguir descritos: Recursos financeiros recebidos pela produção de serviços, tomando como referência a série histórica dos últimos doze meses; Impacto dos reajustes dos valores da remuneração de procedimentos ambulatoriais e hospitalares a partir da data da publicação dessa portaria; O incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde (INTEGRASUS); O incentivo para a Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico à População Indígena (IAPI); Quaisquer outros incentivos repassados de forma destacada; Os novos recursos por meio do Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC), referentes ao Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS; Os recursos financeiros repassados ao estabelecimento de saúde pelos municípios e ou estados, sejam esses recursos atuais ou futuros.

Com origem na literatura sobre a temática, observamos nos discursos a seguir a incorporação da política de contratualização na maturação das discussões entre gestor e o prestador.

[...] Hoje temos uma relação de parceria bem estabelecida formalmente e de compreensão. Os dois enxergam a necessidade que um tem do outro. Mas nem sempre foi assim... Foi um processo intenso de discussão. (E-2)

[...] Após o processo de contratualização e os incentivos do INTEGRASUS, a relação está mais harmoniosa. Mas já tivemos tempo de muita briga, pois nunca estão satisfeitos com o financeiro, mesmo que a produção seja pequena. (E-4)

Em contraste com os depoimentos anteriores, dois dos quatro entrevistados (dos 14, apenas quatro tem hospital filantrópico) não consideraram a contratualização viável ao ajuste na relação gestor/prestador. Nesses depoimentos, destacamos as expressões “apagar incêndio” e “gente de oposição”.

[...] É a maior dor de cabeça de uma gestão, principalmente quando o hospital é de gente da oposição. A relação é estrangulada. A contratualização foi só mais dinheiro pra eles. (E-8)

[...] Vivemos de apagar incêndios o dia inteiro na gestão de saúde. Com o hospital filantrópico não é diferente, cada dia tem uma demanda diferente, como se eles não participassem da gestão do SUS. Todo dia tenho que ir lá, discutir, e estar sempre preparado para responder os questionamentos da população que não entende esta relação. Quando a direção do hospital é ligada ao prefeito fica tudo mais tranquilo. Agora, quando não é, meu Deus... (E-7)

A “arte de apagar incêndio”, em analogia a resolver os problemas imediatos, é uma característica inerente à gestão de saúde, citada em diversos momentos das entrevistas.

[...] Apagamos incêndio nos hospitais, nas relações com os demais secretários, com a população e até com os funcionários. É o dia inteiro resolvendo problemas, alias o

dia não, dia e noite. Afinal de contas como diz (fulano) a saúde é 24 horas, bem diferente da educação não é? (E-7)

Em oportuno a este depoimento, não podemos deixar aqui de debates sobre a demanda desordenada dos problemas enfrentados pelas secretarias municipais de saúde, onde extrapolam todas as previsões contidas no planejamento de gestão, levando o gestor a um estado de vigilância constante, a fim de prover as soluções reclamadas.

O ponto crítico desta questão emana da discrepância entre o volume da demanda e os recursos disponíveis, estes sempre muito aquém do necessário para o atendimento.

A gravidade dos múltiplos problemas, no entanto, não permite ao secretário de saúde postergar o encaminhamento de ações, levando-o ao sacrifício diuturno de socorrer aflições em um sistema de saúde carente dos meios suficientes.

Esta realidade diferencia em muito a rotina da Secretaria de Saúde com as demais unidades da gestão municipal, pois nestas existe possibilidade de compatibilização do planejamento, enquanto naquela os secretários necessitam de vasta disposição, desprendimento e criatividade, visto que a demanda é incompatível com a estrutura existente e a natureza do objeto administrativo não permite o adiamento dos atos solicitados.

Os principais setores geradores de conflito na rotina administrativa de saúde municipal são o de urgência e emergência, atingindo o controle dos transportes disponíveis, fixando seu ápice de desgaste na carência de vagas para procedimentos de alta complexidade.

Em relação aos hospitais filantrópicos, os discursos sobre o processo decisório não se diferenciam das demais atividades estudadas e o “apagar incêndio” permanece igualmente referido.

5.1.4 Tomada de decisão e a regulação de Atenção a Saúde

Existem inúmeras e diversas conceituações sobre o que é regulação, e cada uma reflete diferentes perspectivas da agenda política e valores que estão implícitos por quem as elabora e por quem as utiliza (CONASS, 2011).

O termo regulação, aplicado ao setor saúde no país, tem diversos entendimentos. Os conceitos, práticas e finalidades surgiram em 2002, quando o Ministério da Saúde iniciou o debate, disseminando, pela NOAS 2002, o conceito de regulação como sinônimo de

regulação assistencial, vinculada à oferta de serviços, à disponibilidade de recursos financeiros e à programação pactuada integrada (NASCIMENTO *et al.*, 2009). Vinculou ainda o processo e o exercício das ações de regulação às modalidades de gestão de cada ente gestor, estabelecidas por essa norma. Este conceito, no entanto, trouxe uma concepção restrita de regulação, induzindo a iniciativa de controle do acesso e de adequação à oferta.

Hoje, a regulação em saúde no SUS, diretriz expressa no Pacto pela Saúde, é definida como Política Nacional, em consonância com a regulação da atenção e da assistência à saúde e com os seguintes eixos a serem operacionalizados pelos gestores: implantar e/ou implementar complexos reguladores e implantar sistemas informatizados de regulação (CONASS, 2011).

A gestão descentralizada do SUS desafia os gestores das quatro esferas de governo, com vistas a configurar uma rede de ações e serviços de saúde capaz de garantir o acesso, a circulação e o acompanhamento dos pacientes entre os diversos níveis de atenção, orientados por um sistema de referência e contra referência municipal e intermunicipal.

Regulação da Atenção à Saúde: tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de Atenção à Saúde, dirigida ao conjunto de prestadores de serviços de saúde públicos e privados. As ações da regulação da atenção à saúde compreendem a contratação, a regulação assistencial, o controle assistencial, a avaliação da Atenção à Saúde, a auditoria assistencial e as regulamentações da Vigilância Epidemiológica e Sanitária (Brasil, 2006).

Regulação assistencial: definida no Pacto pela Saúde, nas diretrizes do Pacto de Gestão, como o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a eles. Portanto, requer o estabelecimento de protocolos assistenciais, com base nas evidências, assim como do aporte de recursos humanos, materiais e financeiros para a adequação da oferta conforme as necessidades de saúde da população.

Regulação do acesso: estabelecimento de meios e ações para a garantia do direito constitucional de acesso universal, integral e equânime.

Embora os conceitos pareçam similares, há uma diferença entre os conceitos de regulação assistencial e regulação do acesso. O primeiro diz respeito a um conjunto de ações e

atividades e inclui a regulação do acesso. A regulação assistencial é prerrogativa do gestor e a regulação do acesso é delegada pelo gestor ao regulador.

Estabelecendo uma analogia ao posicionamento epistemológico de poder adotado nesta pesquisa, delineamos o que decidimos chamar de definição técnica, administrativa e política da regulação de atenção à saúde do SUS (Figura 6).

Figura 6 - Definição técnica, administrativa e política da regulação de atenção à saúde do SUS



Fonte: elaboração própria.

Considerando as categorias manifestadas nas entrevistas, o processo regulatório é expresso na capacidade de produzir regras e procedimentos para responder às demandas de saúde em seus diversos níveis e etapas - técnico administrativo e político.

Muita interferência política, demandas do Ministério Público e grande quantidade de solicitações formam o tripé das dificuldades relatadas nas entrevistas, o que dificulta o processo decisório.

Na primeira implicação, podemos perceber, pelos discursos da sequência, a regulação “paralela” realizada por manifestações políticas, a exemplo dos hospitais de Fortaleza.

[...] Tem muita interferência e a pior é a de dentro das unidades hospitalares em Fortaleza. Eles desprogramam o que realmente pactuamos. Se você tem um político, um amigo você consegue leito. Vereadores que trazem diretamente para o hospital. Não tem o leito, não tem a consulta, mas o “amigo” tem acesso (E-6)

[...] Outro problema é quando o vereador ou mesmo algum político leva de casa direto para o hospital de referencia sem passar na regulação e estes por ironia ou não, acabam conseguindo leito de imediato (E-10)

E, ainda, a regulação é vista como resultado de processos de barganha, em que sempre há uma troca.

[...] é o instrumento de “maior fazedor” de voto, principalmente nesse tempo²⁴. Na realidade, a regulação funciona bem para algumas coisas, se formos comparar com o passado, mas as interferências de quem tem o poder é o que mandam (E-8)

[...] Há muita fragilidade de adaptação e disciplina do próprio usuário. Quando explicamos como o sistema funciona, vai logo brigando e procurando um político que ele tenha votado para ajudar, como se ele pudesse coloca-lo na frente dos outros. E o pior é que muitas vezes ele consegue. E nós ficamos de “cara no chão” (E-7)

O Pacto pela Saúde, que estabelece prioridades para o Pacto de Gestão, entre eles a ênfase na descentralização; regionalização; financiamento; programação pactuada e integrada; regulação (BRASIL, 2006), trouxe avanços significativos para a consolidação do SUS ao promover inovações nos processos da gestão, em especial a negociação consensual interfederativa.

Andrade (2011), em entrevista concedida à *Revista Cosems Rio de Janeiro* discute que a base da Relação Interfederativa é reafirmar o processo de pactuação entre os entes federados, respeitando a autonomia federativa e valorizando a macro função de cooperação entre eles, de forma solidária, em prol de um Sistema, de fato, Único, articulado, integrado, capaz de dar respostas satisfatórias às necessidades da população e, assim, reduzir iniquidades.

Na mesma matéria, Andrade acentua que, do ponto de vista político, há a necessidade de regulamentarmos itens da Lei nº 8.080/90, com vistas a maior concretude a alguns aspectos na organização do sistema. Do ponto de vista técnico-operacional há a necessidade de aprimorarmos aspectos da gestão, vitais para o seu pleno funcionamento.

²⁴ Entrevista realizada durante o período que antecedeu as eleições municipais de 2012.

Tomado como base com os discursos de Andrade (2011), é válido deduzir a ideia de que, se não há articulação interfederativa (pactuação política) dos espaços de programação de serviços, a tomada de decisão na regulação para o poder político se torna alta e o técnico e administrativo baixa ou até praticamente nula.

Outra categoria de onde emergiram várias inferências foram as demandas do Judiciário propostas principalmente pelo Ministério Público; a judicialização como um componente que passa a ter um “novo poder” – o poder da Justiça. O poder técnico e administrativo do gestor²⁵ torna-se praticamente nulo, já que é “obrigado” a colocar em prática o que indica a decisão judicial, ressalvada a possibilidade de um eventual recurso. Quando isso não acontece, ele pode sofrer sanções previstas na legislação brasileira.

[...] Um grande problema da regulação são as demandas do Ministério Público que por não entender o funcionamento quer obrigar o setor a prover tudo a tempo e a hora (E-11)

[...] Quem consegue o despacho do Ministério Público passa na frente de muita gente que muitas vezes precisaria muito mais. Fico muito triste porque o sistema que permite isso (E-2)

[...] Quando chega uma demanda da justiça para o setor de regulação, as meninas logo ficam assustadas e eu sempre peço calma, pois não é bicho de sete cabeças, mas sempre acabamos correndo para atender. O pior é quando o povo sabe que conseguiu tal coisa pela justiça porque ficam os comentários, como se a saúde só funcionasse com a justiça e nem é assim... tanta coisa conseguimos... mas é assim mesmo... com o povo e justiça não dá pra discutir (E-9)

Em alguns casos, a interferência judicial supre a ineficiência da gestão administrativa, mas, vista de forma ampla, essa intenção pode significar o desrespeito à separação dos Poderes da República, além de pôr em risco o equilíbrio orçamentário, reserva do possível e a própria igualdade do atendimento.

Em decisão do Supremo Tribunal Federal sobre os recursos interpostos pelo Poder Público em diversas ações, constatou-se a necessidade de redimensionar a judicialização, haja vista que a intervenção judicial não ocorre apenas por omissão de políticas públicas voltadas à proteção do direito à saúde, mas também em virtude da não observação das políticas estabelecidas (VALLE; CAMARGO, 2011).

²⁵ A relação Gestor e Poder Judiciário são destacados em capítulo específico.

Macedo *et al.* (2011), referindo-se ao fornecimento de medicamentos, consideram ser preciso que o Poder Judiciário avance no concernente à incorporação da dimensão política que compõe o direito à saúde, e que os gestores públicos avancem no que respeita à elaboração e implementação das políticas de saúde no Brasil.

Corroborando o discurso seguinte, Machado e Dain (2012), descrevem que, se por um lado a determinação judicial cria dificuldades para o SUS, por outro, a atuação do Poder Judiciário pode servir para o alargamento das ações e serviços de saúde e para a revisão da política vigente.

[...] Como chegava de vez em quando demanda do ministério público para algumas especialidades que estávamos com dificuldade de agendamento na regulação, acabei convencendo o prefeito que o melhor seria logo contratarmos alguns especialistas com recursos próprios mesmo não sendo responsabilidade de gestão de município do meu porte (pequeno porte) (E-12)

No intuito de amenizar os problemas de regulação em relação à alta demanda, a exemplo do trecho acima, três dos quatro municípios de pequeno porte contratam especialistas, pelo menos uma vez por mês, para diminuir as filas de agendamentos.

[...] Para amenizar os problemas em relação aos especialistas contratamos neuro, dermatologista, urologista, traumatólogo mesmo não sendo de obrigação municipal só para evitar as reclamações dos pacientes que ficam muito tempo na fila de espera (E-13)

[...] como não existe condição de agendarmos as consultas mesmo que pactuadas, acabamos contratando alguns profissionais a peso de ouro para vir uma a duas vezes ao município mesmo não sendo competência de município de pequeno porte. (E-1)

A tomada de decisão em contratar profissionais especialistas, mesmo os atendimentos estando pactuados em serviços de referência, demonstra a fragilidade da articulação interfederativa tornando os poderes técnicos (bases, parâmetros e protocolos) e administrativos (operacionalização) frágeis diante do processo regulatório dos serviços.

5.1.5 Tomada de decisão ante o Fundo Municipal de Saúde

O Fundo de Saúde pode ser definido como a modalidade da gestão de recursos, criado por lei e revestido de certas formalidades, com o fim de ser o receptor único de todos os recursos destinados à saúde, em cada esfera de governo: recursos financeiros destinados a custear as ações e os serviços públicos de saúde, sejam dos orçamentos da União, dos estados,

do Distrito Federal ou dos municípios, bem como transferências de uma esfera estatal a outra, e recursos de outras fontes devem ser depositados no fundo de saúde (BRASIL, 2011).

A administração do Fundo de Saúde deve ser definida em razão das atribuições e competências determinadas na lei de sua criação e no decreto que a regulamente.

A Constituição Federal (BRASIL, 1988) assim dispõe: “Os recursos dos estados, do Distrito Federal e dos municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de fundo de saúde, que será acompanhado e fiscalizado por conselho de saúde”.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) e a Lei que disciplinou as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (Lei nº 8.142/1990) estabelecem que: os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação e movimentados sob fiscalização dos respectivos conselhos de saúde (Lei nº 8.080/1990 – Art. 33) (BRASIL, 1990a).

A Lei nº 8.142/1990 estabelece ainda que “para receberem os recursos de que trata o Art. 3º desta Lei, os municípios, os estados e o Distrito Federal deverão contar com: [...] I – fundo de saúde (Art. 4º)” (BRASIL, 1990b).

Após apresentação das questões emanadas pela legislação, observamos que, dos 14 entrevistados, todos coordenam o Fundo Municipal de Saúde. O repasse ocorre de forma automática em 13 municípios e, em apenas um, foi relatado que o repasse é de acordo com as demandas de pagamentos e discussão junto ao prefeito.

Apesar de quase todos os gestores coordenarem o FMS, a tomada de decisão, de acordo com as entrevistas, está interligada na relação do gestor de saúde com o secretário de finanças.

[...] O secretário de finanças nem sempre faz o que o secretário de saúde solicita e sim o que o prefeito manda. Eu sou coordenadora do FMS, mas acaba mesmo sendo de fato ele (E-3)

[...] A relação é difícil, pois ele não entende o que é a rotina da saúde e acaba sempre se intrometendo principalmente quando é recurso próprio que pode pagar mais livremente (E-11)

Relações de trabalho que envolvem questões financeiras resultam, em grande parte, em opiniões divergentes. O que é prioridade para o gestor de saúde, que vivencia as demandas dos dia a dia da área, não é para o administrador das finanças, mesmo que este tenha conhecimento do teor do planejamento financeiro para as despesas da área da saúde, segundo a visão de entrevistados.

[...] tudo que envolve recurso financeiro na gestão é conturbado, às vezes por escassez, às vezes por divergência de prioridades de pagamento (E-7)

[...] Estamos sempre com a corda no pescoço e a relação de finanças é a mais complicada na gestão. Não a relação humana, mas a relação diária de decidir o que vai pagar primeiro e quem vai ficar para o próximo mês (E-9)

O gestor público necessita hoje aliar a implementação eficaz de políticas públicas à habilidade na gestão dos recursos, à consecução dos resultados esperados e à tomada de decisões fundamentadas (MACIEL; GONÇALVES, 2009).

Para tal, além do campo da responsabilidade e do saber específico de cada ocupação, há um terreno de responsabilidade compartilhada entre a função do gestor de saúde e do secretário de finanças.

Trabalhar com finanças é aplicar uma série de princípios econômicos, administrativos e contábeis, objetivando gerir, controlar e prestar contas dentre seus compromissos e responsabilidades de função pública (BACARJI, 2012).

Uma análise do trecho da entrevista abaixo, no entanto, reflete a falta de compreensão do entendimento da gestão de saúde na visão do entrevistado.

[...] A relação é dificílima, **pois ele não entende o que é a rotina da saúde** e acaba sempre se intrometendo principalmente quando é recurso próprio que pode pagar mais livremente (E-11)

Uma categoria intrínseca, no entanto, ao trabalho em equipe – o Planejamento – veio a contribuir com a harmonia na relação, bem como a capacidade de negociação do gestor de saúde com o secretário de finanças e com o prefeito.

[...] Há sempre planejamento prévio para efetuarmos os pagamentos e isso tem contribuído para a harmonia na relação (E-13)

[...] A relação é ruim só com o subordinado dela (secretaria de finanças), pois ela é apenas uma figura de secretaria de finanças. Este funcionário é o meu calo. Quando o recurso do FPM entra, apesar de ser automático, ele vai logo avisando para o prefeito algumas demandas do geral que podem ser pagas com aquele recurso. Ai fica num impasse grande quando o prefeito liga. Tento resolver, contornar e acabo tendo que tratá-lo com muita cortesia para evitar certos aborrecimentos (E-1)

[...] A relação é muito boa apesar de ele toda hora nos pedir pra colocar pé no freio e parar com os gastos, pois ele diz que a saúde sempre acaba achatando o recurso de outras secretarias e até do gabinete, porque os 15% repassados são insuficientes e o prefeito quase todos os meses tem que autorizar um valor maior pra cobrir as contas mais urgentes. Mas tem também outro cenário, que é quando estão apertados e acabam pedindo tudo à saúde. Mas nós sabemos que não dá e os outros ficam logo com raiva (E-8)

No cotidiano das gestões, vivencia-se um ambiente de necessidades diversas por meio dos quais sejam possibilitados a transparência da gestão, o conhecimento do volume de recursos e as limitações entre o ideal e a realidade da Administração Pública. O grande desafio para os administradores públicos é a otimização e a utilização dos recursos disponíveis, cada vez mais escassos, ante as despesas públicas cada vez mais crescentes.

5.1.6 Tomada de decisão frente aos setores vinculados à Contabilidade Pública: articulação e prestação de serviços contábeis

Para se conceituar a Contabilidade Pública, é necessário conhecer os dispositivos legais pertinentes. A principal norma legal é a Lei n. 4.320/64, que estabelece muitos dos procedimentos e funções a serem exercidas pela Contabilidade Pública (BRASIL, 1964).

Seguindo os dispositivos da referida Lei, a Contabilidade Pública é o ramo da Ciência Contábil que aplica na Administração Pública as técnicas de registro dos atos e fatos administrativos, apurando resultados e elaborando relatórios periódicos, levando em conta as normas de Direito Financeiro (Lei nº 4.320/64), os princípios gerais de finanças públicas e os princípios de Contabilidade.

As funções da Contabilidade Pública relacionadas acima podem ser confirmadas pelo Artigo 78 do Decreto-Lei nº 200/67, que estabelece: “*O acompanhamento da execução orçamentária será feito pelos órgãos de contabilização*”.

Pela leitura dos artigos 29 e 89, da Lei nº 4.320/64, (BRASIL, 1964), pode-se entender que a contabilidade também é encarregada de acompanhar a execução da receita orçamentária, de onde é possível se extrair os seguintes trechos importantes:

Caberá aos órgãos de contabilidade organizar demonstrações mensais da receita arrecadada para servirem de base à estimativa da receita, na proposta orçamentária. A contabilidade evidenciará os fatos ligados à administração orçamentária, financeira, patrimonial e industrial (Lei nº 4.320/64) (BRASIL, 1964).

A Contabilidade Pública registra a previsão da receita e a fixação da despesa estabelecidas no orçamento público aprovado para o exercício, escritura a execução orçamentária; faz a comparação entre a previsão e a realização das receitas e despesas; revela as variações patrimoniais; demonstra o valor do patrimônio; e controla as operações de crédito, a dívida ativa, os créditos e as obrigações.

Pela compreensão do conteúdo exibido, pode-se concluir que a Contabilidade é uma ciência que adquire cada vez maior importância, dado o crescimento das corporações, entidades e empresas, que exige grande eficácia dos profissionais da Contabilidade, para que sejam capazes de trabalhar a infinita gama de informações necessárias ao estudo e ao controle do patrimônio.

Em relação à prática contábil nas administrações municipais dos 14 municípios, 12 (doze) gestores relatam a terceirização do serviço. Em todos os terceirizados, uma empresa é contratada e utilizam também funcionários do próprio quadro do Município.

[...] Há um escritório contratado para prestar serviço ao município. Porém, os funcionários são do próprio município. A empresa tem apenas uma gerência sobre os serviços e as responsabilidades legais de organização das prestações de contas (E-2)

[...] A contabilidade é junto à secretaria de finanças e administração. Sua coordenação é terceirizada (E-10)

[...] Este serviço é totalmente vinculado ao gabinete do prefeito. Acho que é uma empresa com funcionários do município. Confesso que nem sei te dizer ao certo, só sei que é de uma empresa de Fortaleza (E-12)

Um município diz que dispõe de um contador para cada secretaria e que este faz parte de um grupo de contadores que atuam num setor específico vinculado à Secretaria de Finanças, fazendo as atividades de serviços contábeis. Em tal realidade, o gestor relata insegurança por não ser um tema que a “ele” se dedique

[...] Temos um contador em cada secretaria e isso facilita o trabalho, pois eles estão sempre antenados com as normas e legislações vigentes e nos dão mais segurança já que é um tema que gestor não se apropria muito... Uma coisa muito específica (E-6)

Outro exemplo é a participação de funcionários em cada secretaria:

[...] Cada secretaria determina uma pessoa para ficar na contabilidade e lá tem um contador que dá o suporte aos técnicos (E-3)

Considerando o setor contábil e a gestão do SUS, observamos nos discursos acima que, além dos serviços serem realizados por empresas contratadas para esse fim, os gestores não se apropriam muito do conhecimento contábil, descrevendo ser “*uma coisa muito específica do contador*”.

Retomando o referencial teórico sobre a reforma administrativa, observamos que ela impôs aos gestores públicos a necessidade de avaliação do seu desempenho. Isso ocorreu por meio da Emenda Constitucional nº 19/1998, a qual dispôs sobre princípios e normas de gestão pública e exigiu o controle das finanças a fim de direcionar os gestores públicos para a busca da eficiência e eficácia gerencial.

Tal norma foi respaldada pela Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101/2000 – LRF), (BRASIL, 2000) que buscou estabelecer parâmetros para uma gestão pública responsável. Esse novo modelo da gestão pressupõe a ação planejada e transparente, mediante o cumprimento de metas que deverão ser constantemente mensuradas, o que somente será possível por meio de uma contabilidade gerencial alimentada por padrões que devem ser estabelecidos no planejamento.

Ante o exposto, observamos a necessidade de conhecimento básico em Contabilidade Pública do gestor de saúde na necessidade de fortalecer o processo decisório e compreender as questões específicas da área.

5.1.7 Tomada de decisão ante os setores vinculados à ordem de pagamento (tesouraria)

Dos 14 entrevistados, todos enfatizaram que priorizam o pagamento de funcionários, mesmo com a escassez de recursos, bem como indefinição de calendário por parte do Ministério da Saúde.

[...] O Ministério não tem calendário definido e isso complica definirmos calendários. Vamos pagando conforme vai sendo creditado. O que mais me preocupa são os funcionários, pagamento de folha (E-8)

[...] Os pagamentos ocorrem dia 10, 20 e 30 de cada mês (E-6)

[...] Fazemos uma escala de prioridades colocando sempre funcionários na primeira ordem (E-13)

Um novo mecanismo de transferência direta para a conta do prestador, pelas determinações do Decreto 7641, de 12 de dezembro de 2011, levou recentemente a uma nova

forma de organização nos pagamentos, esta só é apresentada por um gestor do grupo de entrevistados (BRASIL, 2011).

[...] Com o novo mecanismo de transferência direta para a conta do fornecedor do prestador e dos funcionários, fazemos os pagamentos de acordo com a data da nota por ordem de chegada e as datas de folha de pagamento de pessoal que é sempre no final do mês (E-7)

Assinado em 12 de dezembro de 2011, o Decreto Nº 7.641 determina que as transferências de recursos federais feitas pela União para entidades privadas sem fins lucrativos devem estar obrigatoriamente cadastradas no Sistema de Convênios do Governo Federal (SICONV) a partir de 16 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2011).

Os órgãos que possuem sistemas próprios na gestão de convênios, contratos de repasse ou termos de parceria devem integrar eletronicamente suas transferências ao SINCONV. Os procedimentos de liberação de recursos, acompanhamento e fiscalização, execução e prestação de contas devem ser realizados diretamente no sistema disponibilizado pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG).

A determinação, por último, o módulo da Ordem Bancária de Transferências Voluntárias (OBTV) foi implantada em julho de 2012. Entende-se por OBTV o pagamento da despesa do convênio, por exemplo, diretamente na conta corrente do beneficiário desta, de forma virtual, o que garante a transparência e a publicidade dos dados. Este documento eletrônico só é emitido se todas as etapas do convênio tiverem sido cumpridas pelas partes envolvidas no processo (concedentes convenientes e fornecedores).

As interferências do prefeito são enfatizadas, principalmente, nas demandas de prioridades que, para o gestor de saúde, pode ser uma e para o prefeito pode ser outra, alterando o calendário de pagamento.

[...] Muitas vezes o prefeito altera o calendário por demandas de pagamentos que já são debitados diretamente nas contas como assessoria contábil, jurídica, alugueis e às vezes dificulta um pouco organizarmos as demais demandas (E-4)

A operatividade financeira da Secretaria de Saúde aponta desafios espinhosos no que se refere ao cumprimento dos compromissos creditícios e das metas administrativas, até porque a movimentação dos recursos se dá, na maioria dos casos, mediante intervenção do secretário de finanças, cuja relação com os demais gestores nem sempre flui da forma ideal, como abordado anteriormente.

Soma-se a esta realidade a ausência de datas das transferências dos recursos repassados de outros entes federativos, como o Estado e a União, o que exige do gestor proezas criativas para o cumprimento dos compromissos perante os credores, principalmente no pagamento pontual dos próprios servidores.

Das opiniões colhidas junto aos diversos gestores de saúde, observa-se uma variedade de comportamentos para a manutenção do equilíbrio financeiro. Impõe-se destacar, contudo, a necessidade imperiosa da elaboração de um planejamento real, mediante o qual o governo do Município especifique o perfil de sistema de saúde que pretende implantar, levando em consideração a demanda e os recursos.

Diante dos parâmetros fixos no orçamento, deve-se elaborar o plano operacional diário e mensal, classificando-se as receitas e despesas para o estabelecimento de prazos de cumprimento das obrigações. Este planejamento deverá sermeticulosamente trabalhado junto ao gestor maior, a fim de se evitar a mudança repentina de prioridades que tantos secretários lamentam com relação os seus prefeitos.

5.1.8 Tomada de decisão ante a nomeação dos setores vinculados (Contabilidade, Tesouraria e Licitação)

Dos 14 entrevistados, 12 relataram que as nomeações dos setores vinculados são diretamente realizadas por intermédio do prefeito e de lideranças políticas.

[...] Estes cargos, a relação é direta com o gabinete do prefeito. Portanto ele é quem nomeia, escolhe, de acordo com os acordos políticos (E-1)

Três reforçaram a importância da confiança entre as partes e conhecimento das atividades desenvolvidas.

[...] Mesmo sendo indicação política, o conhecimento das atividades e a confiança naquela pessoa são levados em consideração. (E-9)

A nomeação ou contratação de pessoal para ocupação dos setores vinculados, notadamente da atividade contábil, da tesouraria e licitação nas administrações municipais, é assunto merecedor de ponderação, haja vista que os atos relativos ao processamento da despesa pública estão inevitavelmente vinculados àqueles setores, de modo que os acertos e erros por eles incorridos incidirão de forma danosa na vida jurídica dos gestores. Esta realidade é facilmente constatável na análise da apreciação de contas junto aos órgãos de controle externo, em que os secretários sofrem desaprovações de contas e, até mesmo,

penalidades por improbidade administrativa, quando a falha emanou de ato praticado em setores estranhos à sua alçada de poder.

Este problema, que afeta quase a totalidade das administrações municipais, exige imediatas mudanças tanto na legislação pertinente quanto na conduta dos prefeitos municipais, visto que o controle externo e interno não pode funcionar à mercê de conveniências políticas, pois exige composição de quadro de pessoal técnico suficiente para propiciar a segurança necessária na prática dos atos de governo e gestão.

5.1.9 Tomada de decisão relacionada à contratação de funcionários

No que se refere ao tipo de contratação, nove municípios afirmaram que realizaram concurso público, mas que todos fazem contratação direta de algumas funções, principalmente para serviços temporários.

Sobre indicação política para cargos, todos relataram que sempre existem funcionários indicados, o que não quer dizer que o gestor não participe das escolhas.

[...] Existe sim indicação de lideranças políticas e vereadores para os cargos que não foram ocupados com o concurso. **E confesso que não acho errado**, afinal de contas, **o prefeito tem que ter gente da sua confiança** em alguns setores (E-7)

[...] Muitas são de vereadores e lideranças, mas sempre solicito ao prefeito para ver um pouco do perfil técnico e ele na maioria das vezes me atende (E-5)

A forma de seleção de pessoal para a Administração Públca possui como regra o concurso público, por força imperativa do art. 37, II, da CF, sendo, entretanto, admissível o ingresso sem concurso, em caráter temporário, para atendimento de necessidade pública de emergência, art. 37, IX, da CF (BRASIL, 1988).

Nota-se na manifestação dos secretários entrevistados o cumprimento da norma constitucional, onde os municípios utilizam a regra e a exceção.

Merece frisar, neste assunto, que a Norma constitucional instituiu o concurso público em consonância com o princípio democrático contido na nossa Carta Magna, uma vez que não se pode conceber uma democracia em que os cargos públicos sejam preenchidos mediante escolha do gestor.

Por outro lado, a eficácia do método do concurso prescinde do aprimoramento do sentimento democrático no seio da própria sociedade brasileira, no sentido de se estabelecer um comportamento ético dos funcionários concursados no que respeita ao cumprimento das responsabilidades em que foram investidos.

Importante se faz, portanto, que o gestor mantenha permanente programa de capacitação, monitoramento e avaliação dos recursos humanos, a fim de se obter a eficiência e economicidade do serviço público.

5.1.10 Tomada de decisão ante o setor de Licitação

A licitação é um processo administrativo que visa a garantir igualdade de condições a todos que queiram realizar um contrato com o Poder Público. É disciplinada por lei - Lei nº 8666 de 1993 - que estabelece critérios objetivos de seleção das propostas de contratação mais vantajosas para o interesse público (Di PIETRO, 2001).

No Setor de Licitação, a nomeação da equipe foi unânime por meio do prefeito. A participação do gestor foi negada em 12 das 14 entrevistas. Apenas duas referem que participam quando convocados. O fluxo é de acordo com o objeto a ser licitado e o tempo varia conforme a modalidade.

[...] O setor de licitação fica dentro do gabinete do prefeito, a comissão é nomeada acho que pelo prefeito ou pelo secretário de finanças, não sei, não interferimos na escolha de nomes, não somos convidados para as sessões, apenas encaminhamos nossas necessidades da secretaria pelo valor do certame eles decidem se fazem carta convite, pregão ou outra modalidade (E-10)

[...] A Comissão de Licitação é nomeada pelo Prefeito e executa os processos com suporte Técnico de Assessoria especializada, não há participação do gestor na escolha dos nomes de sua composição. O gestor não é convidado para participar das sessões, mas fica a critério de cada gestor a sua participação ou não, ou seja, não há impedimento da presença do mesmo. No meu pensar como gestor, acredito que não há necessidade extrema da presença, uma vez que **pode haver interpretações por parte dos participantes em algum momento de manifestação interferir ou induzir algum favorecimento**, o que se torna mais transparente até porque há profissionais habilitados para tal situação (E-2)

[...] Nomeada pelo prefeito e funciona de forma centralizada para todos os órgãos. Cabe às secretarias a solicitação de abertura de processos licitatórios para compras diversas. Os ordenadores não participam das sessões (E-13)

No discurso seguinte, mais uma vez a experiência de gestão (o tempo na função gestora) é expressa com o agregador de conhecimento.

[...] Quando fui secretário pela primeira vez nem sabia o que era licitação. Pra falar a verdade depois de 09 anos na gestão é que vejo a real importância de estudar o assunto e acompanhar todas as etapas do processo. Digo mais, hoje com minha experiência, nenhuma equipe ou empresa me passa a perna. Eles têm mais respeito quando você conhece o assunto. Ai “bato de frente” mesmo quando sou chamado para assinar coisas que nem tomei conhecimento (E-7)

Verificamos novamente que conceitos associados à experiência prévia dos indivíduos constituem-se num conjunto de elementos diretamente vinculados à tomada de decisão.

5.2 Tomada de decisão e a capacidade do secretário municipal de saúde em dialogar com os demais integrantes do poder político

A política, de acordo com Handy (1993), é a tentativa de proceder à acumulação dos poderes referentes aos recursos e à posição, a fim de aumentar a influência na organização. A maioria acredita que, se tivesse maior poder de ação, conseguiria fazer as coisas andarem melhor.

O Estado é a institucionalização do poder político para a realização do bem comum. Portanto, o poder político – ou poder estatal – é uma exigência indispensável à organização do Estado, a quem cabe aplicá-lo na sua estruturação e em relação aos particulares e administrados.

A Constituição de 1988 recobrou definitivamente o papel do município no cenário político brasileiro, ao torná-lo ente federado com constituição própria e ao dar-lhe relativa autonomia político-jurídica, acompanhando a tendência internacional de valorizar os níveis subnacionais de governo (KERBAUY, 2005).

A incorporação dos municípios à Federação brasileira, determinada na Constituição de 1988, trouxe mudanças na organização e no funcionamento dos governos locais, decorrentes da descentralização e transferência de responsabilidade decisória para as unidades subnacionais. O município recebeu a maior parcela das transferências constitucionais e foi o principal destinatário da descentralização de competências e atribuições na área social (KERBAUY, 2005).

Os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário possuem atribuições próprias, que são aquelas específicas e determinadas a cada esfera de poder, a quem cabe exercê-las com exclusividade. Também encerram atribuições constitucionalmente instituídas, que legitimam um determinado poder a exercer as funções próprias a outra esfera de poder.

Em análise à literatura (MACEDO, 2012), apresentamos a função dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário no âmbito do município, guardadas a diferença e a complexidade das suas relações.

Poder Executivo. Como o próprio nome sugere, cabe a este a função de executar as leis, ou seja, colocar em prática as leis elaboradas pelo Poder Legislativo. É também de sua responsabilidade a tarefa de administrar os interesses da população, já que os membros do Executivo são os maiores representantes do povo, eleitos de forma democrática com o dever de governar segundo os interesses e necessidades da população organizada em coletivos, ou seja, sociedade civil organizada. No âmbito municipal, possui sua representação máxima na figura do prefeito, mas não se restringe a ele, podendo ser representado também pelos secretários, assessores e membros dos conselhos. No âmbito estadual e federal, o Poder Executivo é representado pelos governadores e pelo Presidente da República.

Poder Legislativo. É responsável pela elaboração e aprovação das leis. Além disso, tem como dever primordial a fiscalização do orçamento público e administração do Poder Executivo. No âmbito municipal, é exercido pelos vereadores e estes devem trabalhar em função da melhoria da qualidade de vida da população, sendo mediadores entre o povo e o prefeito. O vereador é um dos principais responsáveis por estimular o povo a participar das decisões políticas, pois é eleito para representar a vontade daqueles que o elegeram por meio do voto. Para contemplar a vontade daqueles que lhe confiaram o voto, é preciso que o edil esteja constantemente reunido com a população, pois assim absorverá várias ideias de projetos que beneficiem seu eleitorado.

Poder Judiciário. É responsável pela resolução de conflitos de interesses, dizendo o direito de cada sujeito processual. Neste poder, atuam membros da advocacia

pública e privada, defensores e Ministério Público²⁶, cabendo a estes fiscalizarem para que as leis sejam cumpridas.

5.2.1 *A dinâmica das relações com o prefeito sob a óptica do gestor de saúde no processo decisório*

A relação observada nos relatos dos gestores entrevistados demonstra o avanço da Administração Pública Municipal na descentralização do poder administrativo contemporaneamente consolidado na legislação, a qual distribui as responsabilidades dos gestores. Esta legislação diferencia as contas de governo das contas de gestão, sendo as primeiras atribuídas à pessoa do prefeito, enquanto as outras são dos secretários.

[...] Nossa relação é bem diferente do passado. Hoje temos até as contas separadas pela Lei, mas sempre discutimos assuntos referentes a suas demandas política. Afinal de contas ele é o prefeito não é? É o meu chefe, não existe secretário de saúde sem prefeito, reclamamos, cobramos até brigamos, mas ele foi eleito e eu sou nomeado. Isso deve ser visto na relação (E-9)

Assim, o secretário pratica os atos administrativos em conformidade com os parâmetros normativos e, ao mesmo tempo, concretiza a vontade política manifestada na eleição do Prefeito como representante de um projeto político.

Em continuidade à análise das narrativas dos entrevistados, todos se reportaram à palavra *confiança* na relação com o prefeito. A confiança assume papel de enorme relevância, que é o de facilitar as relações de trabalho.

[...] A relação é muito boa, de muita confiança (E-1)

[...] Se não existir confiança entre o prefeito e o secretário o trabalho não anda. Se eu não tivesse a confiança do meu prefeito aí eu não aceitaria este cargo...ora, ou você confia ou não trabalha (E-6)

[...] Hoje em dia, pra você ser um bom secretário tem que ter um bom prefeito. Mesmo que ele não entenda bem a saúde pelo menos que ele tem que confiar. Aí se for assim o trabalho anda melhor (E-12)

Ainda, na relação do secretário com o prefeito, sobre a realização de reuniões para discutir assuntos de interesse coletivos, apenas três municípios afirmaram que realizam

²⁶ Há quem considere o Ministério Público **quarto poder**. Este órgão está a serviço, primeiramente, dos cidadãos, já que é responsável por garantir a democracia no País. É independente do Executivo, Legislativo e Judiciário e tem como dever primordial a fiscalização destes (MACEDO, 2012).

reuniões em calendário fixo (mensal ou quinzenal). Já os demais referem à busca direta ao prefeito e/ou reuniões contingenciais.

[...] Não existem reuniões. Nós é que buscamos o prefeito para colocar nossos nossas críticas e buscar ajuda (E-13)

[...] As reuniões são pontuais. Apenas quando ocorre algum problema político ou na gestão em si somos convocados a discutir junto ao prefeito. Mas, na maior parte do tempo, eu que vou a sua busca para deixa-lo a par de tudo que está acontecendo, para ele entender melhor as demandas e rotinas da saúde e assim poder responder as reclamações das pessoas e tomar decisões importantes (E-11)

Esses discursos reforçam a relação de parceria - *“busca para deixa-lo a par de tudo”* - inserindo um caráter de responsabilidade nos processos decisórios e uma confiança na troca de informações.

No que se refere às demandas frequentes solicitadas pelo prefeito ao secretário de saúde, estão relacionadas principalmente à assistência aos pacientes:

[...] Sempre com demandas de reclamação no que diz respeito ao atendimento, ou seja, não disponibilidade de serviços, em certos casos, e a forma de acolhimento e tratamento aos usuários pelos profissionais principalmente nas recepções das unidades de saúde (E-14)

[...] As demandas mais frequentes solicitadas pelo prefeito são a possibilidade de ampliação de serviços ofertados como consultas especializadas, a descentralização para área rural e medicamentos que não estão disponíveis no elenco da assistência farmacêutica (E-5)

[...] O prefeito sempre solicita celeridade na execução de alguns serviços (exames, consultas especializadas, cirurgias) e às vezes ele solicita prioridade em algumas demandas” (E-4)

A relação entre as demandas solicitadas e a vinculação da existência de um calendário de reuniões entre prefeito e secretário não satisfaz a necessidade constante de solução dos problemas enfrentados na gestão de saúde, afigurando-se mais acertada a flexibilidade da relação para frequentes momentos de despachos e discussões acerca dos problemas enfrentados e das soluções permitidas, seja em razão da insuficiência dos recursos seja pelas limitações normativas.

5.2.2 A dinâmica das relações com o Poder Legislativo (vereadores) sob a óptica do gestor de saúde no processo decisório

Na análise das entrevistas, na relação entre o Gestor de Saúde e o Poder Legislativo entra em cena um quase consenso de que as câmaras municipais não participam das discussões e planejamento em saúde.

[...] Os vereadores são convidados, mas nunca participam. Acho que eles não acham importante. Também, a maioria **não sabe nem o que é planejamento**. Um dia fui tentar explicar a importância e um disse que era só para **promover e não cumprir**, por isso achava melhor não participar destas reuniões (E-8)

[...] A participação de vereadores praticamente inexiste. Eles só estão preocupados em dar o remédio, a cesta básica. Nem existe mais representação de vereadores no Conselho Municipal de Saúde conforme determina a lei. Eles nunca participam mesmo né? ... E muitas vezes eles acabam é atrapalhando a rotina da secretaria, mandando pegar remédio sem receita, pedindo carro pra tudo e temos que ter paciência (E-7)

Os depoimentos aqui denotam a lenta evolução do Poder Legislativo nos municípios, onde a maioria dos personagens eleitos não possui o conhecimento do sistema público de saúde e ainda estão presos a costumes políticos assistencialistas, focados na doação de medicamentos, gêneros alimentícios e prestação de favores diversos, cuja visão figura como a maior causa dos conflitos enfrentados pelo gestor de saúde municipal. Daí a dificuldade de envolver o vereador nas reuniões de planejamento da gestão de saúde.

A análise revela ainda que a maioria dos vereadores possui alguns redutos eleitorais, onde se concentram suas maiores votações.

[...] Nas reuniões nas localidades rurais sempre tem o **vereador que “comanda” a área**. Ai esse sim sempre participa das reuniões de planejamento e quer coisa para lá (E-14)

[...] A câmara está sempre discutindo a gestão de saúde, criticando e solicitando mais serviços para a **comunidade que lhe interessa**. A comunidade que lhe interessa? É justamente aquela que ele tem voto (E-1)

Outro ponto a observar é sobre a frequência e a dinâmica da apresentação de prestação de contas ao Legislativo. Neste ponto, não houve uma sintonia de respostas, ou seja, cada gestor abordou um tempo específico de prestação de contas - quadrimestral, trimestral, mensal, anual. A metodologia de quem realiza audiência é quase sempre por meio de *datashow* com apresentação de indicadores de desempenho financeiro.

[...] Quadrimestral através de *datashow*, mostrando a análise dos indicadores de saúde, crescimento financeiro e investimentos (E-13)

[...] Trimestral no Conselho de Saúde, mas para a Câmara só encaminhamos os relatórios e as cópias (E-10)

[...] Trimestral, mas só a parte contábil. Nunca apresentamos indicadores ou outras informações. Eles não entendem esta parte e acho que para os vereadores é uma perca de tempo (E-2)

[...] A prestação de contas se dá de forma irregular, acontecendo somente quando **sou convocado para prestar algum esclarecimento**. Vale ressaltar que a secretaria encaminha mensalmente a documentação contábil (E-5)

[...] Duas ao ano em audiência pública. Metas e indicadores e abrimos para questionamentos e perguntas. Na realidade quem mais pergunta é o povo da oposição, sempre tem alguma coisa a reclamar. A tentar encontrar alguma coisa errada. Pode tá tudo certo, ter tido desenvolvimento, mas tem um vereador que já vai com as **perguntas ensaiadas** (E-8)

[...] Apresentamos mensalmente através de relatórios impressos, mas não participamos de audiências (E-1)

Este comportamento político proporciona imensurável obstáculo para a eficiência do sistema público de saúde no processo de tomada de decisão, haja vista que o vereador utiliza seu poder ao atendimento de interesses meramente eleitoreiros, provocando a desigualdade no atendimento dos usuários e o gasto de recursos públicos em finalidades diferentes daquelas planejadas. No que se refere às diretrizes que regem o Sistema Único de Saúde, podemos inferir que este comportamento fere o princípio da universalidade e mesmo da equidade, já que privilegia poucos em detrimento de muitos, e com critérios que não têm relação direta com a necessidade do privilegiado.

A prestação de contas, que poderia servir como ponte a esta relação, esbarra na mera apresentação contábil, em algumas vezes indicadores e outras informações, demonstrando poder técnico e administrativo do gestor do SUS inutilizado ou subutilizado.

5.2.3 *A dinâmica das relações com o Poder Judiciário sob a óptica do gestor de saúde no processo decisório*

Um dos maiores desafios para os gestores de saúde é constituído pelas ações judiciais que solicitam produtos, tratamentos e ou procedimentos de saúde, muitas vezes não disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (MACEDO *et al.* 2011).

As falas retomam a questão já abordada no Item 5.1.3 Tomada de decisão e a regulação, onde apresentamos a judicialização como um componente que passa a configurar um “novo poder” – o poder da Justiça, tornando praticamente nulo o poder técnico e

administrativo do gestor, que é “obrigado” a colocar em prática o que indica a decisão judicial no processo.

Em abordagem na discussão sobre a participação do Poder Judiciário no planejamento e avaliação dos serviços de saúde, quase todos os entrevistados se referiram ao Poder Judiciário como uma instância distante desta prática da gestão.

[...] A relação entre gestor e poder judiciário é meramente formal. O mesmo não participa mesmo que convidado de reuniões de planejamento e nem de avaliação dos serviços de saúde (E-6)

Questionados sobre as demandas judiciais para a gestão e serviços de saúde, todos os gestores afirmaram já as terem recebido, abordando-as como a **quebra da rotina**.

[...] É só o que existe. O pior é que eles não entendem a rotina do serviço e algumas vezes acabam atrapalhando o funcionamento. Veja só: obrigar o gestor a comprar uma cadeira automática para uma pessoa que é aposentada da Receita Federal? Isso é até um abuso de poder. Mas vá dizer isso que você fica marcado (E-7)

[...] Todos que procuram o Fórum do Município são encaminhados pelo MP para a Secretaria de Saúde com solicitação de atendimento no prazo de 05 dias, independente do procedimento ou da responsabilidade sanitária do ente federado. Isso complica muito a rotina do serviço, pois acontece por qualquer razão, às vezes só porque uma consulta está demorando na central, nem é urgência, ele não quer nem saber como funciona. Manda e temos que atender (E-9)

Sobre o fluxo para estas demandas, os gestores consultados relataram ocorrer por meio de ofício com prazo determinado.

[...] Diligência através de ofício requisitando informações acerca de exame, medicamento para responder geralmente no prazo de 10 a 15 dias. (E-12)

[...] O Ministério Público solicita informações, a partir da reclamação do usuário. O município presta os esclarecimentos indicando sempre a responsabilidade de cada nível de gestão (municipal, estadual ou federal), em seguida o Juiz realiza o seu despacho, ordenando muitas vezes que o município execute o serviço embora não esteja no seu alcance de responsabilidade. (E-11)

Apenas um gestor falou que, antes de encaminhar o ofício, a promotora liga para ela e pergunta sobre o procedimento em questão. Tal conversa e explicação possibilitam uma redução no envio de diligências escritas para a SMS.

[...] Muitas vezes consigo resolver por telefone, pois a promotora nova que chegou há mais ou menos 7 meses sempre me telefona para solicitar informações. Ai tento logo resolver para não me encher de demandas da justiça. Mas, antes, a outra era muito exigente e nem queria saber de conversa. (E-3)

Outro gestor referiu-se a recorrer das decisões quando a Assessoria Jurídica do Município não julgasse procedente.

[...] Recebemos os processos, avaliamos com a assessoria jurídica e encaminhamos ao fórum”. Quando retorna solicitando o cumprimento de tal ação que julgamos não ser de competência municipal e que, muitas vezes, pode comprometer o funcionamento do serviço, recorremos da decisão. Às vezes dá certo, mas na maioria das vezes não dá e temos que cumprir. (E-5)

Outro fato relevante é a própria indicação do gestor ao usuário para a busca do MP, temendo problemas com o Tribunal de Contas, procurando ficar imune à responsabilização, mesmo que a princípio não siga as exigências licitatórias.

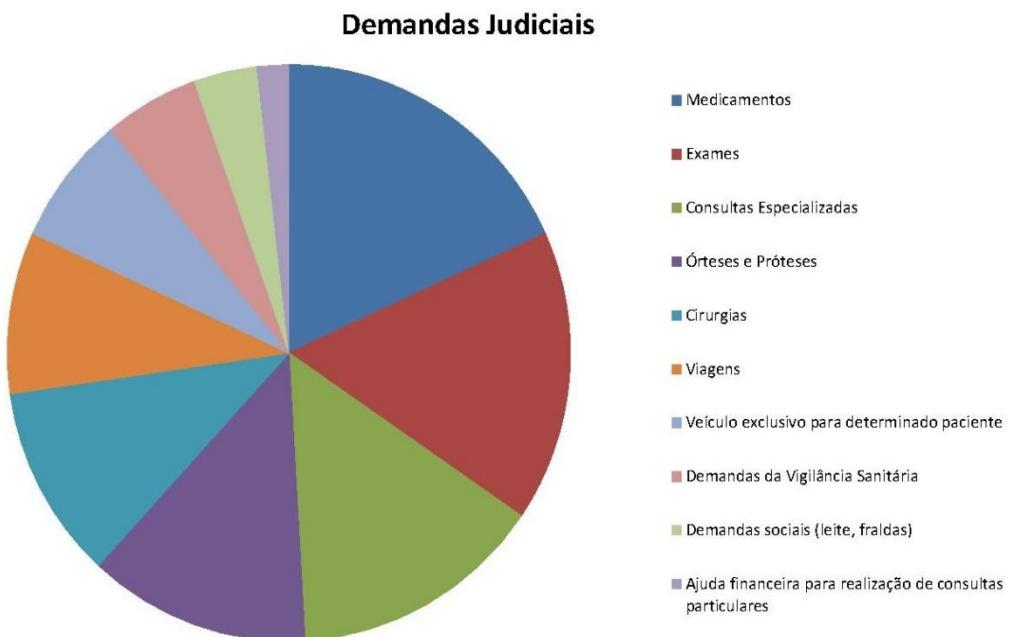
[...] um lado positivo destas demandas judiciais é quando o TCM questiona a compra de tal coisa sem licitação e informamos que foi demanda judicial, ai, ficamos livres do processo”. Até já cheguei a **orientar o usuário a procurar o MP** quando eu não poderia fornecer o medicamento que não tinha no elenco. Você sabe como falta né. (E-2)

Em análise aos itens expressos, constata-se que, por desconhecer a realidade do sistema público de saúde, muitas são as determinações de atendimento imediato de pacientes que procuram o juiz ou promotor, alegando urgência em seu tratamento, enquanto os demais usuários padecem em filas de espera do atendimento e estão colocados na ordem das centrais de regulações e marcações de consultas, seguindo o fluxo normal de assistência.

Não obstante o Poder Judiciário possua atribuições constitucionais de apreciar as demandas dos jurisdicionados e, em alguns casos, até rever ou anular os atos administrativos, quando ilegais ou imorais, devemos ter bastante cautela em face da crescente judicialização da Saúde, evitando-se uma crise institucional onde um Poder se investe das atribuições do outro, sem se preocupar, por exemplo, com a responsabilidade orçamentária e fiscal.

Este desafio reclama urgentes providências, tais como a promoção de momentos de debates que elejam códigos de relacionamento, o que poderia ocorrer mediante interveniência das instituições representativas das categorias dos magistrados, dos promotores e dos Prefeitos em seminários sobre o SUS, dentre outros assuntos.

Figura 7 - Breve panorama das demandas judiciais mais frequentes abordadas pelos entrevistados, enumeradas por ordem de incidência



5.2.4 A dinâmica das relações com os movimentos sociais (igrejas, associações de bairros, ONGs) e com o Conselho Municipal de Saúde sob a óptica do gestor de saúde no processo decisório

A participação social nas grandes e pequenas decisões, assim como na fiscalização de serviços, vem aumentando ao longo dos anos. Cada vez mais, os gestores precisam estreitar sua relação com os movimentos sociais representados pelas igrejas, associações de bairros, e organizações não governamentais, a fim de assegurar a participação social em todas as instâncias. Essa interação pode ser efetuada de várias formas, a exemplo do orçamento participativo e dos conselhos. No caso da saúde, é por meio dos conselhos municipais de saúde que a participação e o controle social (planejamento e avaliação dos serviços) estão assegurados, em boa parte dos municípios.

Na pesquisa, todos os gestores municipais entrevistados referiram a participação exatamente por intermédio da representação no Conselho Municipal de Saúde.

[...] Participação através de assento no Conselho Municipal de Saúde. (E-1)

[...] Temos convênios com 11 ONGs e estas estão muito envolvidas em várias ações não só no planejamento mas na execução de atividades como trabalhos preventivos sobretudo DST/HIV (E-8).

Três gestores abordaram as interferências de forma negativa, principalmente das associações de bairros, em que os presidentes estão ligados a partidos políticos.

[...] a interferência é grande principalmente quando o presidente da associação está na eminência de ser candidato a vereador. Estes dão dor de cabeça querendo que fulano seja atendido logo, sicrano faça logo o exame e vai até o prefeito mesmo. Tento contornar explicando como funciona os serviços, mas uns são cabeça dura. (E-7)

[...] Te digo que tenho uma certa decepção com os movimentos sociais, inclusive das associações de bairros que só querem o atendimento a tempo e a hora, como se não houvesse os outros usuários, as outras comunidades. Lógico que tem alguns que compreendem. (E-10)

[...] é por época. Um tempo participam ativamente, depois somem. Na realidade é meio que de veneta, parece coisa organizada para aparecer no tempo de eleição. (E-14)

Os conselhos municipais de saúde são órgãos permanentes e deliberativos formados com representantes do Governo, dos prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Presentes em todo o País, a função é atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, incluindo os aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 2011).

Acerca da composição dos conselhos em seu município, da periodicidade de encontros e formas de interlocução, com as informações repassadas pelos gestores entrevistados, é possível registrar o seguinte panorama:

Quadro 4 - Panorama da composição dos Conselhos de Saúde, periodicidade de encontros e formas de interlocução em municípios participantes da pesquisa.

Quem é o presidente	Dinâmica das reuniões	Forma de interlocução com os diversos setores da Prefeitura
06 Gestores	Uma vez por mês, com calendário fixo.	Através dos representantes no CMS
05 Usuários	Algumas extraordinárias quando necessário	Quando necessário, convoca os secretários para pautas específicas.
03 Trabalhador	Reuniões itinerantes Disponibilização de pautas pré-organizada	A interlocução inexiste ou muito precário Todas as secretarias tem acento no CMS
	Reforço por telefone da convocação escrita	

[...] O Conselho de Saúde atualmente está bem mais empoderado com tantos treinamentos, tantas coisas que se abrem para a participação popular. Mas não é a realidade em todo canto. Já trabalhei em município que era uma guerra o dia de reunião de conselho. Primeiro para ter gente, e quando tinha era um desinteresse total. (E-10)

[...] A interação com os outros órgãos da prefeitura só se dá mesmo através de representantes da secretaria de ação social e educação, que participam às vezes das reuniões. Mas sempre temos que implorar para virem. Tá todo muito sempre muito ocupado. (E-4)

Descentralização e participação tornaram-se conceitos fundamentais para entender a revalorização da política e das instituições do governo local. A expressão fundamental dessas mudanças institucionais consubstancia-se nos conselhos municipais legalmente criados, e que se constituem como arena participativa, definidora do processo decisório.

Malgrado a discussão ser referente à relação com os movimentos sociais (igrejas, associações de bairros, ONGs) e com o Conselho Municipal de Saúde sob a óptica do gestor de saúde no processo decisório, é possível perceber que vão além dos limites da participação social quando os interesses são o almejo a cargos políticos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme evidenciamos na Introdução, este trabalho teve por escopo explorar alguns elementos presentes no processo decisório setorial desenvolvido pelos gestores de saúde dos municípios do Estado do Ceará, levando-se em consideração os diversos fatores que incidem na composição das equipes administrativas e o relacionamento obrigatório entre o gestor e os demais agentes institucionais, notadamente os representantes do Poder Judiciário, Poder Legislativo, do Ministério Público, instituições da sociedade civil, além da complexidade do serviço público de saúde com o exacerbado contingente de demandas e o insuficiente volume dos recursos.

Para a descrição desses elementos/fatores, identificamos aspectos relacionados utilizando o referencial teórico de Mario Testa: o poder técnico, administrativo e político.

Das informações coletadas em entrevistas realizadas com os gestores municipais de saúde, depreende-se que as dificuldades apontadas resultam bem mais das relações entre os atores envolvidos na gestão do que em aspectos objetivos, como o porte do município e a carência de recursos, na maioria das vezes, utilizada como argumento para justificar a ineficácia da política pública de saúde. Percebemos, nas respostas dos entrevistados, que os gestores municipais de saúde enfrentam em seu cotidiano a interferência de múltiplas forças heterogêneas que tumultuam a tomada de decisão, consequentemente, acarretando o estrangulamento da estrutura e dos recursos.

Con quanto, a limitação metodológica intrínseca ao estudo, o congestionamento da gestão municipal de saúde relacionado ao processo decisório deriva-se das seguintes circunstâncias:

1. Tanto na elaboração do Plano Municipal de Saúde como do Relatório Anual de Gestão, o processo de tomada de decisão do secretário municipal de saúde é dividido com empresas cuja contratação obedeceu a critérios meramente burocráticos, as quais não possuem conhecimento sobre a gestão operacional do sistema de saúde, comprometendo, de logo, a qualidade dos planejamentos. Destaquem-se, ademais, o baixo nível de governabilidade dos secretários municipais de saúde e a fragilidade técnica de suas equipes no que diz respeito à formulação dos referidos documentos, os quais são de responsabilidade dos municípios desde 1990, em conformidade com a exigência da legislação.

2. A tomada de decisão do gestor toma como base o fato do dia, ou seja, as urgências que aparecem no dia a dia é que vão predominar nas tomadas decisões. Assim, o planejamento praticamente fica de lado e utiliza-se o cotidiano da gestão - a metáfora “apagar incêndio”.

3. A seleção de pessoal para o preenchimento dos cargos técnicos e administrativos decorre, na maioria das administrações, de indicações políticas, proporcionando embaraços à tomada de decisão por parte do gestor de saúde, principalmente quando os cargos são distribuídos por vínculos de afeição e trocas de favores, desconsiderando-se o perfil necessário ao desempenho da função. Esta desordem acarreta o assoberbamento de tarefas em parte dos membros da equipe, ficando um grande número de funcionários na ociosidade ante a carência de capacidade técnica e/ou aptidão para o desempenho das atribuições inerentes aos cargos respectivos.

4. O processo decisório é fortalecido, à medida que o secretário de saúde é “empoderado” pelo tempo na função de gestor, adquirindo nova concepção de poder: o poder do conhecimento.

5. A incorporação de novas políticas ao SUS, a exemplo do que se deu com a contratualização dos hospitais filantrópicos, propiciou o fortalecimento do gestor de saúde em face desta categoria de prestador de serviços, elastecendo o campo da atividade decisória. Ainda não se alcançou, no entanto, robustez suficiente para superar as antigas práticas a que se viciaram as instituições filantrópicas que se tornaram semelhantes às instituições privadas de fins lucrativos, para as quais o lucro se sobrepõe aos interesses dos usuários.

6. Nas categorias manifestadas nas entrevistas sobre o processo decisório e a Regulação de Atenção à Saúde, as interferências políticas, as demandas judiciais e as altas demandas cotidianas formaram o tripé das dificuldades relatadas. A regulação paralela realizada por manifestações políticas (processo de barganha), as demandas judiciais propostas principalmente pelo Ministério Público, e a contratação de especialistas transpondem as pactuações, demonstram a fragilidade da articulação interfederativa em face da substituição ilegítima dos poderes técnicos e administrativos por atos intromissivos estranhos à ordem legal estipulada no sistema normativo do SUS.

7. A tomada de decisão junto ao Fundo Municipal de Saúde reflete a relação entre secretário de saúde, secretário de finanças e prefeito. Além do campo da responsabilidade e

do saber específico de cada ocupação, há uma responsabilidade compartilhada entre a função do gestor de saúde e do secretário de finanças. A tomada de decisão do gestor de saúde é fragilizada, na visão dos entrevistados, pela falta de conhecimento do secretário de finanças acerca da rotina específica da gestão de saúde, como também pela carência de conhecimentos técnico-contábil e técnico-administrativo/financeiro do gestor de saúde.

8. Na dinâmica da relação com o prefeito sob a óptica dos secretários entrevistados percebe-se o avanço da Administração Pública municipal na descentralização do poder administrativo. A realidade atual impulsiona tal relação para um cotidiano de convivência mais próxima, buscando ensejar a constante troca de informações recíprocas, o que nesta pesquisa inferimos chamar de confiança, imprescindível ao equilíbrio entre as atribuições políticas e as funções administrativas para o alcance da eficiência da gestão pública.

9. Na relação com o Poder Legislativo, os depoimentos denotam a lenta evolução deste nos municípios, onde a maioria dos personagens eleitos não possui o conhecimento do sistema público de saúde e ainda está presa a costumes políticos assistencialistas, cuja visão figura como a maior causa dos conflitos enfrentados pelo gestor de saúde.

10. Já na relação com o Poder Judiciário, a judicialização é mostrada como um componente que passa a ter um novo poder – o poder da justiça. O poder técnico e administrativo do gestor torna-se praticamente nulo. Constatase ainda um excesso de determinações de atendimentos alegando urgência, quando normalmente há outros usuários padecendo nas filas de espera do atendimento com enfermidade de maior gravidade, cuja preferência é postergada por determinação do Poder Judiciário em afronta à norma constitucional da separação entre os poderes.

11. Conceitos associados à experiência prévia dos indivíduos constituem-se num conjunto de elementos diretamente vinculados à tomada de decisão. Verificamos, nas respostas dos gestores nas entrevistas realizadas, que os próprios secretários municipais de saúde reconheceram e declararam a falta de pessoal com preparo técnico como sua maior dificuldade. Compreendemos que dela derivaram as outras dificuldades

De todo estudo realizado, constatamos que o cotidiano do gestor municipal de saúde está congestionado no conflito entre as ordenanças administrativas dispostas na

legislação do sistema de saúde e a atuação dos agentes políticos, descompassado em relação ao planejamento administrativo e à capacidade econômica dos sistemas de saúde municipais.

O grau de influência do poder político no processo de tomada de decisão dificulta o nível de qualidade das equipes e a execução de ações planejadas, cuja efetivação resultaria no equilíbrio da vigilância de saúde. Enquanto o poder político atua na influência, o Poder Judiciário impõe a substituição dos critérios de atendimento por meio de decisões que invertem a ordem de preferência, gerando, na maioria das vezes, a desigualdade entre os usuários.

A superação dos problemas aqui identificados reclama a implementação de medidas especificamente destinadas à elevação da ideia sobre o sistema público de saúde, possibilitando a todos os atores o diálogo acerca do arcabouço normativo, da capacidade financeira e da logística funcional do sistema. Para isto, a formulação democratizada do Plano Municipal de Saúde, do Plano Plurianual e da Lei Orçamentária Anual, afigura-se o espaço ideal de elaboração coletiva da política pública de saúde.

Vislumbra-se oportuno, outrossim, o fortalecimento das conferências de saúde como fórum democrático para discussão da realidade municipal e pactuação das prioridades, das quais deverão participar todos os representantes de instituições, de poderes e do movimento social. Outro elemento importante para a evolução deste processo é a preparação do Conselho Municipal de Saúde, cujos membros deverão ser capacitados e informados dos limites da gestão a fim se qualificar o debate permanente sobre a execução do serviço ofertado e a satisfação do público atendido.

REFERÊNCIAS

AIDAR, M. M. Racionalidade limitada: a difusão do modelo do balanced scorecard nas organizações. In: MANAGEMENT IN IBEROAMERICAN COUTRINES: CURRENT TRENDS AND FUTURE PROSPECTS, 3rd, 2003, São Paulo. Disponível em:<http://www.fgvsp.br/iberoamerican/papers/0464_racionalidadelimitadamarceloaidar.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2012.

ANDRADE, L. O. M. **A Saúde e o Dilema da Intersetorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.

ANDRADE, L. O. M. Entrevista com Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. **Revista Cosems**, maio/jun. 2011. Disponível em:<http://www.cosemsrj.org.br/images/revista_cosemsrj_mai.jun.jul_baixa.pdf>. Acesso em: 17 out. 2012.

ANDRADE, L. O. M. Evolução das Políticas de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, L. O. M. D.; BARRETO, I. C. D. H. C. (Ed.). **SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais**. São Paulo: Hucitec, 2007. v. 1, p.25-35

ANDRADE, L. O. M. **Inteligência de Governança para apoio à Tomada de Decisão. Ciênc. Saúde Coletiva**, v.17, n. 4, p. 829-832, 2012. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400003>>. Acesso em: 19 dez. 2012.

ANDRADE, L. O. M.; MARTINS JR, T. Saúde da Família: construindo um novo modelo, a experiência de Sobral. **SANARE**, v. 1, n. 1, p. 7-17, 1999.

ANDREATTA, H. **Orçamento Participativo**: Porto alegre. Porto Alegre: Unidade Editorial, 1995.

ANDREWS, C. W.; BARIANI, E. (Org.). **Administração pública no Brasil**: breve história política. São Paulo: Unifesp, 2010.

AVRITZER, L.; NAVARRO, Z. (Org.). **A inovação democrática no Brasil**: o orçamento participativo. São Paulo: Cortez, 2003.

BACARJI, A. G. **Formação inicial e continuada**: auxiliar administrativo. Curitiba: Instituto Federal do Paraná, 2012. Disponível em:<<http://www.ifpr.edu.br/pronatec/wp-content/uploads/2012/07/auxiliar-apresenta%C3%A7ao.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2013.

BACHARACH, P.; BARATZ, M. Poder e Decisão. In: CARDOSO, F. H.; MARTINS, C. E. (Ed.). **Política e Sociedade**. Rio: Companhia Editora Nacional, 1983.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1979.

BRAGA, N. Processo decisório em organizações brasileiras. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 21 n. 3, p. 35-57, 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Brasília, 1996. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Resolucao_196_de_10_10_1996.pdf>. Acesso em: 16 jan.2011

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde**. Brasília, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Brasília, 2009.

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

BRASIL. (Constituição). **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 1988. Disponível em:<http://www.imprensaoficial.com.br/PortalIO/download/pdf/Constituicoes_declaracao.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2012.

BRASIL. Governo Federal. Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964. Dispõe sobre normas gerais de direito financeiro, orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L4320.htm>. Acesso em: 17 de jan. 2013

BRASIL. Governo federal. Lei nº 8.080, de 19 de setembro 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, 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 26 nov.2012.

BRASIL. Governo Federal. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 26 nov.2012

BRASIL. Governo Federal. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, e dá outras providências. Brasília, 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm>. Acesso em: 17 jan. 2013.

BRASIL. Governo Federal. Decreto no 4.327, de 8 de agosto de 2002. Aprova critérios para concessão do certificado de filantropia para os hospitais. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4327.htm>. Acesso em: 18 jan. 2013

BRASIL. Governo Federal. Portaria nº 399/GM, de 22 de Fevereiro de 2006. Aprova as diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde. Brasília, DF, 2006 b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 19 nov.2011

BRASIL. Governo Federal. Decreto nº 7641 de 12 de Dezembro de 2011. Brasília, 2011
Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2011-2014/Decreto/D7641.htm>. Acesso em: 17 jan. 2013.

BRASIL. Ministério do Planejamento. **Nova funcionalidade do portal de convênios automatiza transferência de recursos.** Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br/noticia.asp?p=not&cod=8692&cat=94&sec=7>>. Acesso em: 17 jan. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores.** Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. Brasília, 1997. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nob96.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de planejamento do SUS:** uma construção coletiva: instrumentos básicos. 2. ed. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SARGSUS:** Sistema de Apoio à construção do Relatório de Gestão do SUS. Manual do usuário. Versão 1.0. Brasília – DF, Março de 2010. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_sargsus_2010.pdf>. Acesso em 19 de dezembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011: regulamentação da Lei nº 8.80/90. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Brasília, 2012
Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html>. Acesso em: 17 jan. 2013.

BRASIL. Senado Federal. Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011. Brasília, 2011. Disponível em: <www.senado.gov.br/legisacao>. Acesso em: 16 out. 2011.

BRESSER-PEREIRA, L. C. **Reforma do estado para a cidadania:** a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional. São Paulo: Ed. 34; Brasilia: ENAP, 1998.

BRUNO, I. M. **O Poder de influência do profissional de secretariado no processo decisório das organizações.** 2006. 151 p. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

CAMARGO JR, K. R. Apresentando logos: um gerenciador de dados textuais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.286-287, 2000.

CAMPOS, G. W. S. C.; CAMPOS, R. T. O. Gestão em saúde: um campo aplicado de conhecimento. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **Dicionário da educação profissional em saúde.** Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/index.html>. Acesso em: 26 out. 2011.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e gestão de coletivos:** a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CASTRO, E. **Informação para apoio à tomada de decisão em saúde:** parâmetros de produção de informação territorializada. 2002. 79 p. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Biblioteconomia e Documentação, Escola de Comunicação e Artes, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Instancias Colegiadas:** comissão Intergestores Bipartite do Estado do Ceará. Fortaleza, 2011. Disponível em: <www.saude.ce.gov.br/index.php/instancias-colegiadas/cib>. Acesso em: 26 jan. 2012.

CHIAVENATO, I. **Administração:** teoria, processo e prática. 3. ed. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2000.

CHIAVENATO, I. **Introdução a teoria geral da administração.** 3. ed. São Paulo: CAMPUS, 2010.

CONSELHO DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAUDE DO ESTADO DO CEARÁ. **Estatuto.** 1990. Disponível em:<<http://www.cosemsce.org.br/estatuto.html>>. Acesso em: 2 dez. 2012.

CORNÉLIO, R. R. **A Formulação da Decisão no Nível Estratégico de uma Organização Pública:** Um Estudo Sobre O Processo Decisório Na SMS-RJ. 1999. 131 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

COSTA, A. A. **Gênero, poder e empoderamento das mulheres.** Disponível em: <http://www.agende.org.br/docs/File/dados_pesquisas/feminismo/Empoderamento%20-%20Ana%20Alice.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2013..

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 1994. p. 51-66.

DACORSO, A. L. R. **Tomada de Decisão e Risco:** A Administração da Inovação em Pequenas Indústrias Químicas. 2000. 236 f. Dissertação (Mestrado Administração) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

DAFT, R. L. **Organizações:** Teoria e Projetos. São Paulo: Cengage Learinng Edições, 2008.

DINIZ, E. Governabilidade, Democracia e Reforma do Estado: Os desafios da Construção de uma Nova Ordem no Brasil dos Anos 90. **DADOS:** Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 385-415, 1995.

DI PIETRO, M. S. Z. **Direito Administrativo.** São Paulo: Atlas, 2001.

DRUCKER, P. F. A Nova Força de Trabalho. **Valor Econômico**, São Paulo, supl., p. 3-5, nov. 2001.

DUARTE, J. Entrevista em profundidade. In: DUARTE, J.; BARROS, A. (Org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2006.

FAORO, R. **Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro**. 10. ed. São Paulo: Globo, 2000

FARAH, M. F. S. Gestão pública municipal e inovação no Brasil. In: ANDREWS, C. W.; BARIANI, E. (Org.). **Administração pública no Brasil**: breve história política. São Paulo: Unifesp, 2010. p. 145-182.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 5. ed. Rio de Janeiro: Positivo, 2010.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Biblioteca Virtual. Disponível em: <bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>. Acesso em: 26 fev. 2012.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAURER, M.W.; GASKELL, G. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 3. ed. Petrópolis RJ: Vozes, 2002.

GIRÃO, I. C. C.; VILLAS BOAS FILHO, M. A.; DA SILVA JÚNIOR, A. Teoria da decisão: difícil decidir. **Scientia**, v.1, n.1, jan./jun. 2000. Disponível em:<http://www.uvv.br/cursos/publicacoes_EP/2000-Teoriadadecisão-Difícildecidir.pdf>. Acesso em: 02 maio 2011.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995. Disponível em:<www.producao.ufrgs.br/arquivos/disciplinas/392_pesquisa_qualitativa_godoy.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2012.

GONTIJO, A. C.; MAIA, C. S. C. Tomada de Decisão, do modelo Racional ao Comportamental: uma síntese teórica. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 13-30, out./dez. 2004.

HANDY, C. **Deuses da administração**. Ed. Saraiva, 1993

HATCH, M. J. **Teoria da organização**: as modernas perspectivas simbólicas e pós-moderna. Oxford: Oxford University Press, 1997.

HOLLANDA, S. B. **Raízes do Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

HOROCHOVSKI R. R.; MEIRELLES G. Problematizando o conceito de Empoderamento. In: SEMINÁRIO NACIONAL MOVIMENTOS SOCIAIS, PARTICIPAÇÃO E DEMOCRACIA, 2., 2007, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: Núcleo de Pesquisa em Movimentos Sociais, 2007. Disponível em:<http://www.sociologia.ufsc.br/npms/rodrigo_horochovski_meirelles.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2012.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. Disponível em: <www.houaiss.uol.com.br/busca.jhtm>. Acesso em: 23 nov. 2011.

IBGE. **Dados populacionais 2010.** Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 26 jan. 2012.

IMMERGUT, E. M . As regras do jogo: A lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. **Rev. Bras. Ciênc. Soc.**, v. 30, p. 139-165, 1996.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ. **Ceará em mapas:** Informações georreferenciais e especializadas para os 184 municípios cearenses. Fortaleza, 2007. Disponível em: <<http://www.ipece.ce.gov.br>>. Acesso em: 26 jan. 2012.

KERBAUY, M. T. M.; As câmaras municipais brasileiras: perfil de carreira e percepção sobre o processo decisório local. **Opin. Pública**, v.11, n.2, p. 337-365, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-62762005000200003>>. Acesso em: 2 jan. 2013.

LINDBLON, C. E. **O processo de Decisão Política.** Brasília: UNB, 1981.

LOPES, M. I. V. **Pesquisa em comunicação.** 8. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

LUCCHESE, P. T. R. (Coord.) **Políticas Públicas em Saúde Pública.** São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

MACEDO, A. O papel dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário no âmbito municipal. **Revista Avisa**, mar. 2012. Disponível em:<<http://movimentomudacapelinhamg.blogspot.com.br/2012/03/o-papel-dos-poderes-executivo.html>>. Acesso em: 2 dez. 2012.

MACEDO, E. I.; LOPES, L. C.; BARBERATO-FILHO, S. Análise técnica para a tomada de decisão do fornecimento de medicamentos pela via judicial. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 706-713, 2011.

MACHADO, F. R. S.; DAIN, S. A Audiência Pública da Saúde: questões para a Judicialização e para a gestão de saúde no Brasil. **Rev. Adm. Pública**, v. 46, n. 4, p. 1017-1036, 2012.

MACIEL, A. V. M.; GONÇALVES, S. M. G. Desenvolvimento de competências: experiência na administração pública federal. In: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 2., 2009, Brasília - DF. **Painel...** Disponível em:<http://www.seplag.rs.gov.br/upload/Painel_26_Valeria_Maciel_e_Sonia_Goulart_formatado.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2013.

MANSOLDO, M. C. N. **Evolução histórica dos modelos administrativos da administração pública:** o princípio da eficiência no atendimento público. 2009. 181 f. Monografia (Graduação) - Universidade José do Rosário Vellano, Belo Horizonte, 2009.

MARACH, J. G.; SIMON, H. A. **Teoria das organizações.** 5. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1981.

MARTINS, H. F. **A ética do patrimonialismo e a modernização da administração pública brasileira.** 1997. Disponível em: <http://hfmartins.sites.uol.com.br/Publicacoes/publi_02.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2010.

- MAXIMIANO, A. C. **Introdução à administração**. São Paulo: Atlas, 2000.
- MELLO, C. A. B. **Curso de Direito Administrativo**. 11. Ed. São Paulo: Malheiros, 1998.
- MILLER, S. J.; HICKSON, D. J.; WILSON, D. C. A Tomada de Decisão nas Organizações. In: HARDY, C.; CLEGG, S. R.; NORD, W. R. (Org.). **Handbook de estudos organizacionais: ação e analise organizacional**. São Paulo: Atlas, 2001. p. 282-310.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.
- MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-269, jul./set. 1993.
- MIRANDA, A. S. **Proposição de escopo para a avaliação da gestão no Sistema Único de Saúde**. 2005. Relatório final de consultoria prestada ao Ministério da Saúde.
- MORAES, R. Análise de Conteúdo. **Rev. Educ.**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.
- MORENO, N. A informação nossa de cada dia na decisão organizacional. **Pesqui. Bras. Ciênc. Inf.**, Brasília, v.2, n.1, p.104-114, jan./dez. 2009. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/ancib/index.php/tpbci/article/view/18/40>>. Acesso em: 26 nov. 2011.
- MORGAN, G. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 1996.
- MORITZ, G. O.; PEREIRA, M. F. **Processo decisório**. Florianópolis: SEAD/UFSC, 2006.
- MOTTA, F. P.; VASCONCELOS, I. G. **Teoria Geral da administração**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.
- MOTTA, P. R. Participação e Descentralização Administrativa: Lições de Experiências Brasileiras. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 174-194, jul./set. 1994.
- NASCIMENTO, A. A. M.; DAMASCENO, A. K.; SILVA, M. J.; SILVA, M. V. S.; FEITOZA, A. R. Regulação em saúde: aplicabilidade para concretização do pacto de gestão do sus. **Cogitare Enferm.**, v. 14, n. 2, p. 346-352, 2009. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/15628/10399>>. Acesso em: 8 jan. 2013.
- NIOCHE, J. P. *et al.* **Strategor, Strategie, Structure, Décision, Identité: Politique Generale D`enterpresa**. [S.l.]: Inter Edition, 1988.
- OLIVEIRA, R. G. (Org.). **Qualificação de Getores do SUS**. Rio de Janeiro, RJ: EAD/Ensp, 2009.

PAES DE PAULA, A. P. **Por uma nova gestão pública:** limites e potencialidades da experiência contemporânea. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. esp., p. 73-78, 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v40nspe/30625.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2011.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BHAIA, L.; MACINKO, J. **O sistema de saúde brasileiro:** história avanços e desafios. 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revista_the_lancet.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2012.

PAIM, J.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou um campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PEREIRA, L. C. B. **Reforma do estado e administração pública gerencial.** 4. ed. Brasília: FGV, 1996.

PEREIRA, M. J. L. B.; FONSECA, J. G. M. F. **Faces da decisão:** abordagem sistêmica do processo decisório. Rio de Janeiro: LTC, 2009.

PINHEIRO, T. X. A. O trabalho e a administração. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Textos de apoio em Administração.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

PRESTE MOTTA, F. C. **Teoria Geral da Administração.** 9. ed. São Paulo: Pioneira, 1981.

RAMOS, A. G. **A nova ciência das organizações.** Rio de Janeiro: FGV, 1982.

RAMOS, F. R. S.; FINKLER, M.; GONÇALVES, E. R.; CAETANO, J. C. A eticidade na pesquisa qualitativa em saúde: o dito e o não dito nas produções científicas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, supl., p. 1673-1684, 2010.

RASKIN, S. F. Tomada de Decisão e Aprendizagem Organizacional. **Bate Byte**, n. 135, set. 2003. Disponível em: <<http://www.pr.gov.br/batebyte/edicoes/2003/bb135/tomada.shtml>>. Acesso em: 14 maio 2011.

RIBEIRO, A. C. T.; GRAZIA, G. (Org.). **As experiências de orçamento participativo no Brasil período de 1997-2000.** São Paulo: Paz e Terra, 2002.

SABBADINI, F. S. Análise do Processo Decisório sob a perspectiva a Racionalidade Limitada e da formação de conceitos: O Caso da Sgb-1. II. In: SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, 2005, Resende, Rio de Janeiro. Disponível em:< http://www.aedb.br/seget/artigos05/22_artigo.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2013.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. **SUS: O Espaço da Gestão inovada e dos Consensos interfederativos: Aspectos Jurídicos, administrativos e financeiros.** Campinas, SP: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.

SILVA, P. B.; AMARAL, H. K. Perspectivas da gestão pública no Brasil contemporâneo. **Rev. Serviço Público**, Brasília, ed. esp., 2007.

SIMON, H. A. **Comportamento administrativo**. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 1970.

SOARES, J. A. P. **Natureza da decisão estratégica em organizações desportivas**: estudo das Associações de Modalidade na Região Autônoma de Madeira. Tese (doutorado) – Universidade da Madeira, Madeira, 2006. Disponível em: <<http://digituma.uma.pt/handle/10400.13/8>>. Acesso em: 25 mar. 2012.

SOUZA, E. C. L. A capacitação administrativa e a formação de gestores governamentais. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n.1, p. 73-88, 2002a.

SOUZA, R. R. **Construindo o SUS**: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002b.

STONER, J. A.; FREEMAN, R. E. **Administração**. 5. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1999.

STROMQUIST, N. La búsqueda del empoderamiento: en qué puede contribuir el campo de la educación. In: LEÓN, M. (Comp.) **Poder y empoderamiento de las mujeres**. Santa Fé de Bogotá: Tercer Mundo y UN Facultad de Ciencias Humanas, 1997.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

VALLE, G. H. M.; CAMARGO, J. M. P. A audiência pública sobre a Judicialização da saúde e seus reflexos na jurisprudência do supremo tribunal federal. **Rev. Direito Sanit.**, v. 11, n. 3, p. 13-31, 2011. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rdisan/v11n3/02.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2012.

VASCONCELOS, F. C. Racionalidade, autoridade e burocracia: as bases da definição de um tipo organizacional pós-burocrático. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS ORGANIZACIONAIS, 2002, Recife. **Anais...** Recife: ENEO, 2002. 1 CD ROM.

VELOSO, F.; VILLELA, A.; GIAMBIAGI, F. Determinantes do “Milagre” Econômico Brasileiro (1968-1973): uma análise empírica. **Rev. Bras. Econom.**, v. 62, n. 2, p. 221-246, 2008. Disponível em:<www.scielo.br/pdf/rbe/v62n2/06.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2012.

VIEIRA, N. S. O papel das comunidades de prática na aprendizagem Organizacional. In: SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, 3., 2006, Rio de Janeiro. Disponível em:<http://www.aedb.br/seget/artigos06/557_Artigo%20final%20de%20aprendizagem%20Seget.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2012.

ZANELA, A. I. C. **A influência da cultura e da experiência decisória sobre a percepção do processo decisório individual**: um estudo comparativo entre Brasil, França e Estados Unidos. 1999. 295 f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Entrevista Semiestruturada

Identificação do Município: Pequeno, Médio, Grande Porte.

Questões norteadoras para abordagem do Poder Técnico:

1. Plano Municipal de Saúde/ Relatório de Gestão

Como é realizada a dinâmica de elaboração o plano municipal de saúde e do Relatório anual de Gestão?

2. Unidades de Saúde/hospital

Como são selecionados os coordenadores das unidades de saúde e do hospital?

3. Hospital Filantrópico

Como se dá a relação do Hospital Filantrópico com a Gestão de Saúde do Município?

4. Regulação

Como ocorre o processo de regulação no seu município? (abordar as prioridades, fragilidades, vantagens)

Questões norteadoras para abordagem do Poder Administrativo

1. Fundo Municipal de Saúde.

Quem coordena o Fundo Municipal de Saúde?

O repasse dos 15% é automático? Se não, como é a forma de repasse?

Como se dá a relação do Secretario de Finanças com o secretario de Saúde?

2. Setores vinculados a Contabilidade

Como ocorre a articulação e a prestação de serviços de contabilidade?

3. Setores vinculados às ordens de pagamento (tesouraria)

Como ocorre o calendário de pagamentos no município?

4. Nomeações dos setores vinculados (contabilidade, tesouraria, licitação)

Como são selecionados (nomeados) a coordenação de departamentos? (critérios)

5. Emprego/trabalho – terceirização

Como se dá a forma de contratação dos funcionários? (OS, OCIP, Consorcio)

Existem indicações de lideranças políticas (Vereadores)?

6. Licitação

Como se dá o fluxo da Licitação no seu município

(abordar quem nomeia a comissão de licitação se há participação dos gestores na escolha dos nomes, se os gestores são convidados para as sessões, qual forma de resultado dos certames e o tempo médio)

Questões norteadoras para abordagem do Poder Político:**1. Relação do Gestor x Prefeito****como se dá a abordagem de assuntos de interesse coletivo – entre as secretarias?**

Quais as demandas mais frequentes são solicitadas pelo Poder executivo? (são previstas no PMS?)

2. Relação Gestor x poder legislativo (vereadores)

Há interferência de vereadores nas discussões e planejamentos da gestão de saúde?

Com qual frequência é apresentada prestação de contas ao poder legislativo?

Qual a dinâmica desta apresentação? (indicadores de saúde)

3. Relações Gestor x Poder Judiciário (ministério público)

Existe participação do poder judiciário no planejamento e avaliação dos serviços de saúde?

Há demandas Judiciais para a Gestão e Serviços de saúde?

Quais as demandas mais frequentes?

Como se dá o fluxo de demandas judiciais?

4. Relações Gestor x Movimentos sociais (Igrejas, associações bairros, ONG)

Existe participação dos movimentos sociais no planejamento e avaliação dos serviços de saúde? (se há interferência nas rotinas da gestão e serviços de saúde)

5. Conselho Municipal de Saúde

Quem é o presidente do Conselho municipal de saúde (Gestor, Usuário, Trabalhador)?

Qual a dinâmica das reuniões e a forma de interlocução com os diversos setores da prefeitura?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Senhor (a) está sendo convidado a participar, como voluntário, em uma pesquisa intitulada ***Processos de Tomada de Decisão em Sistemas Municipais de Saúde*** sob responsabilidade da pesquisadora **Luzia Lucélia Saraiva Ribeiro**, discente do curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará. Nesta pesquisa, buscaremos compreender os processos decisórios e os fatores intervenientes nas decisões da Gestão em sistema municipais de saúde do Ceará. Para tal, utilizaremos uma técnica metodológica – entrevista semiestruturada – onde o participante de forma individual, responderá questões relacionadas a pesquisa. Estas entrevistas serão gravadas e depois de transcritas sem identificação nominal, para análise de dados colhidos.

A entrevista poderá ser agendada de acordo com a possibilidade do entrevistado em local e horário acordado previamente, podendo o pesquisador, caso necessário, deslocar-se a cidade de atuação do entrevistado.

Esclareço ainda que será garantido o acesso a qualquer tempo às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados a pesquisa; a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isso lhe ofereça nenhum prejuízo.

No caso de aceitar fazer parte do estudo, preencha ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é de V.Sa. e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o senhor (a) não será penalizado de forma alguma.

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo ***Processos de Tomada de Decisão em Sistemas Municipais de Saúde*** como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade.

Fortaleza, ____ de _____ 2012

Assinatura do pesquisador

Assinatura do pesquisado

O Senhor (a) poderá entrar em contato sempre que desejar:

Pesquisadora: Luzia Lucélia Saraiva Ribeiro (85) 86003775
Orientador: Prof. Luiz Odorico Monteiro de Andrade (61) 91188800
Comitê de ética: Coética – Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará.
(85) 3366-8344

ANEXOS

ANEXO A

ATRIBUIÇÕES DOS GESTORES DO SUS

Da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em seu âmbito administrativo
(BRASIL, 2011).

Atribuições comuns	
	Definir as instâncias e os mecanismos de controle, de avaliação e de fiscalização das ações e dos serviços de saúde;
	Administrar os recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;
	Acompanhar, avaliar e divulgar o nível de saúde da população e as condições ambientais;
	Organizar e coordenar o sistema de informação em saúde; » elaborar normas técnicas e estabelecer padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;
	Elaborar normas técnicas e estabelecer padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;
	Participar na formulação da política e na execução das ações de saneamento básico e colaborar na proteção e na recuperação do meio ambiente;
	Elaborar e atualizar periodicamente o Plano de Saúde;
	Participar na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
	Elaborar proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS) em conformidade com Plano de Saúde;
	Elaborar normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
	Realizar operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;
	Atender as necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou irrupção de epidemias – para tanto, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;
	Implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
	Propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;
	Elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
	Promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e o controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;
	Promover a articulação da política e dos planos de saúde;
	Realizar pesquisas e estudos na área de saúde;
	Definir as instâncias e os mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;
	Fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

ATRIBUIÇÕES DOS GESTORES DO SUS

Atribuições específicas	
União	
	À direção nacional do Sistema Único de Saúde compete;
	Formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;
	Participar na formulação e na implementação das políticas de controle das agressões ao meio ambiente, de saneamento básico e relativas às condições e aos ambientes de trabalho;
	Definir e coordenar os sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade, de rede de laboratórios de saúde pública, de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária;
	Participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgãos afins, de agravos sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana; » participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;
	Coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;
	Estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios;
	Estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;
	Promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;
	Formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais; » identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;
	Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
	Prestar cooperação técnica e financeira aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;
	Elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde; » promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os municípios dos serviços e das ações de saúde, respectivamente de abrangência estadual e municipal;
	Normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
	Acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;
	Elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com estados, municípios e Distrito Federal;
	Estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o território nacional, em cooperação técnica com estados, municípios e Distrito Federal.

ATRIBUIÇÕES DOS GESTORES DO SUS

Atribuições específicas	
Do Estado	
	À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete;
	Promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde;
	Acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);
	Prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
	Coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de: vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e nutrição e saúde do trabalhador; participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;
	Participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;
	Participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;
	Formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde, em caráter suplementar;
	Identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;
	Coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;
	Estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e a avaliação das ações e dos serviços de saúde;
	Formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;
	Colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
	Acompanhar a avaliação e a divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da UF.

ATRIBUIÇÕES DOS GESTORES DO SUS

Atribuições específicas	
Do Município	
	À direção municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) compete;
	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;
	Participar da execução, do controle e da avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
	Executar serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e nutrição, saneamento básico e saúde do trabalhador;
	Dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;
	Colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes para controlá-las;
	Formar consórcios administrativos intermunicipais;
	Gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
	Colaborar com a União e com os estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras; » celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
	Controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
	Normatizar complementarmente as ações e os serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

ANEXO B - O processo histórico da organização do setor saúde e o antecedente para o sistema brasileiro de cuidado da saúde.

	Contexto macroeconômico e socioeconômico	Contexto político	Sistema de saúde	Principais desafios de saúde
Colonialismo português (1500-1822)	Exploração de matérias-primas e monopólio comercial por Portugal	Controle político e cultural de Portugal	Século XVI: * Criação de hospitais da Santa Casa de Misericórdia em Santos, São Paulo, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e Olinda * Organização sanitária insciente.	Doenças pestilências e assistência à saúde para a população
Império (1822-89)	Abertura dos pontos (1808), surgimento do capitalismo moderno e início da industrialização.	Centralismo político e sistema de coronelismo, que dava aos grandes proprietários de terra o controle político de províncias e localidades	* Estruturas de saúde com ênfase na política sanitária * Administração da saúde centrada nos municípios * Criação das primeiras instituições de controle sanitário dos portos e de epidemias (1828 e 1850)	Doenças pestilências e prioridade da vigilância sanitária (portos e comércios)
República Velha (1889-1930)	Economia agroexportadora (capital comercial), crise do café e insalubridade nos portos.	Estado liberal-oligárquico, revoltas militares e emergência das questões sociais	* Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP; 1897) * Reformas das competências da DGSP * Reformas das competências da DGSP * Reformas das competências da DGSP (Oswaldo Cruz; 1907) * Caixas de Aposentadoria e Pensão (Lei Eloy Chaves; 1923) * Incipiente assistência à saúde pela previdência social * Dicotomia entre saúde pública e previdência social	Doenças pestilências (febre amarela, varíola, peste) e doenças de massa (p. ex., tuberculose, sífilis, endemias rurais)
Ditadura Vargas (1930-45)	Industrialização, mas com manutenção de estrutura agrária	"Estado Novo" - Estado autoritário entre 1937 e 1938 identificado com o nazi fascismo	* Saúde pública institucionalizada pelo Ministério da Educação e Saúde Pública * Previdência social e saúde ocupacional institucionalizada pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio * Campanhas de saúde pública contra a febre amarela e a tuberculose * Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) estendem a previdência social à maior parte dos trabalhadores urbanos (1933-38)	Predominância de endemias rurais (p. ex., doença de Chagas, esquistossomose, anquilostomíase, malária), tuberculose, sífilis e deficiências nutricionais
Instabilidade democrática (1945-64)	Substituição de importações, rápida urbanização, migrações, advento da indústria automobilística, penetração do capital internacional	Governos liberais e populistas	* Criação do Ministério da Saúde (1953) * Leis unificaram os direitos de previdência social dos trabalhadores urbanos (1960) * Expansão da assistência hospitalar * Surgimento de empresas de saúde	Emergência de doenças modernas (p. ex., doenças crônicas degenerativas, acidentes de trabalho e de trânsito)

cont. ANEXO B - O processo histórico da organização do setor saúde e o antecedente para o sistema brasileiro de cuidado da saúde.

	Contexto macroeconômico e socioeconômico	Contexto político	Sistema de saúde	Principais desafios de saúde
Ditadura militar (1964-85)	Internacionalização da economia	<ul style="list-style-type: none"> * Golpe militar, ditadura (1964) * Reforma administrativa (1966) * Crise política (eleições de 1974) 	<ul style="list-style-type: none"> Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), privatização da assistência médica e capitalização do setor da saúde (1966) 	Predominância da morbidade moderna (p. ex., doenças crônicas degenerativas, acidentes de trabalho e de trânsito)
	Milagre econômico (1968-73)	Abertura política lenta, segura e gradual (1974-79)	<ul style="list-style-type: none"> * Capitalização da medicina pela previdência social * Crise do sistema de saúde * Programas de Extensão de Cobertura (PEC) para populações rurais com menos de 20.000 habitantes * Crise na previdência social 	Persistência de endemias rurais com urbanização
	Final do milagre econômico	<ul style="list-style-type: none"> * Liberalização Criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (1976); movimentos sociais * 1º, Simpósio de Política de Saúde do Congresso (1979) * Transição política (1974-84) 	<ul style="list-style-type: none"> * Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS; 1977) * Centralização do sistema de saúde, fragmentação institucional, beneficiando o setor privado * INAMPS financia estados e municípios para expandir a cobertura 	Doenças infecciosas e parasitárias predominando nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste
	Penetração do capitalismo no campo e nos serviços	Criação da Associação Brasileira em Pós-Graduação em Saúde Coletiva (1979)		
Transição democrática (1985-88)	Fim da recessão, reconhecimento da dívida social e planos de estabilização econômica	<ul style="list-style-type: none"> * Início da "Nova República" (1985) * Saúde incluída na agenda política * 8ª Conferência Nacional de Saúde * Ampliação do Movimento de Reforma Sanitária * Assembleia Nacional Constituinte * Nova Constituição (1988) 	<ul style="list-style-type: none"> * INAMPS continua a financiar estados e municípios * Expansão das AIS * Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde SUDS (1987) * Contenção das políticas privatizantes * Novos canais de participação popular 	<ul style="list-style-type: none"> * Redução da mortalidade infantil e de doenças preveníveis por imunização * Persistência de doenças cardiovasculares e cânceres * Aumento nas mortes violentas e relacionadas à AIDS * Epidemia de dengue
Democracia (1988-2010)	Crise econômica (hiperinflação)	Presidente Fernando Collor de Mello eleito e submetido a impeachment	<ul style="list-style-type: none"> * Criação do SUS * Descentralização do sistema de saúde 	Epidemias de cólera e dengue, mortalidade por causas externas (sobretudo homicídios e acidentes de trânsito)

cont. ANEXO B - O processo histórico da organização do setor saúde e o antecedente para o sistema brasileiro de cuidado da saúde.

	Contexto macroeconômico e socioeconômico	Contexto político	Sistema de saúde	Principais desafios de saúde
	Ajuste macroeconômico (Plano Real; 1994)	Restante do mandato presidencial (1993-94) exercido pelo Vice-Presidente Itamar Franco	<ul style="list-style-type: none"> 9ª Conferência Nacional de Saúde * Extinção do INAMPS (1993) * Criação do Programa de Saúde da Família (1994) * Crise de financiamento e criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (1996) 	Doenças cardiovasculares é a principal causa de morte, seguidas por causas externas e cânceres
	Estabilidade econômica, recuperação dos níveis de recuperação dos níveis de renda, movimento cíclico (altos e baixos), persistência das desigualdades, continuidade da política monetarista	Governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998 e 1999-2002) - Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB)	<ul style="list-style-type: none"> * Tratamento gratuito para HIV/AIDS pelo SUS * Financiamento via Piso da Atenção Básica (1998) * 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde * Normas Operacionais Básicas (NOB) e de assistência à saúde (regionalização) * Regulamentação dos planos de saúde privados * Criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (1999) * Criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar para regulamentar e supervisionar os planos de saúde privados (2000) * Criada a lei dos medicamentos genéricos 	Redução na mortalidade infantil, prevalência inalterada de tuberculose, estabilização da prevalência de AIDS, aumento na prevalência de dengue e aumento na incidência de <i>leishmaniose visceral</i> e malária
		Reforma do Estado (1995)	<ul style="list-style-type: none"> * Lei Arouca institui a saúde do indígena como parte do SUS * Emenda Constitucional 29 visando à estabilidade de financiamento do SUS definiu as responsabilidades da União estados e municípios (2000) * Aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica (2001) * Expansão e consolidação do PHC * Criado o Serviço de Atendimento móvel de Urgência – SAMU (2003) 	Expectativa de vida em torno de 72,8 anos (69,6 para homens e 76,7 para mulheres) no início do século XXI
		Governos de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-06 e 2007-10) – Partido dos Trabalhadores	<ul style="list-style-type: none"> * Estabelecido o Pacto pela Saúde (Pacto de Defesa do SUS, Pacto de Gestão, Pacto pela Vida; 2006) * Política Nacional de Atenção Básica (2006) * Política Nacional de Promoção da Saúde (2006) * 12ª e 13ª Conferências Nacionais de Saúde * Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde e Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Soridente; 2006) * Unidades de Pronto-Atendimento (UPA 24h) criadas em municípios com populações >100.000(2008) * Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) junto ao PSF (2008) 	<ul style="list-style-type: none"> * Mortalidade infantil de 20,7 por 1.000 nascidos vivos (2006) * Redução na prevalência de hanseníase e doenças preveníveis pela imunização * Expectativa de anos (69,6 para homens e 76,7 para vida sobre para 72,8 mulheres; 2008).

Fonte: Paim *et al* (2011)

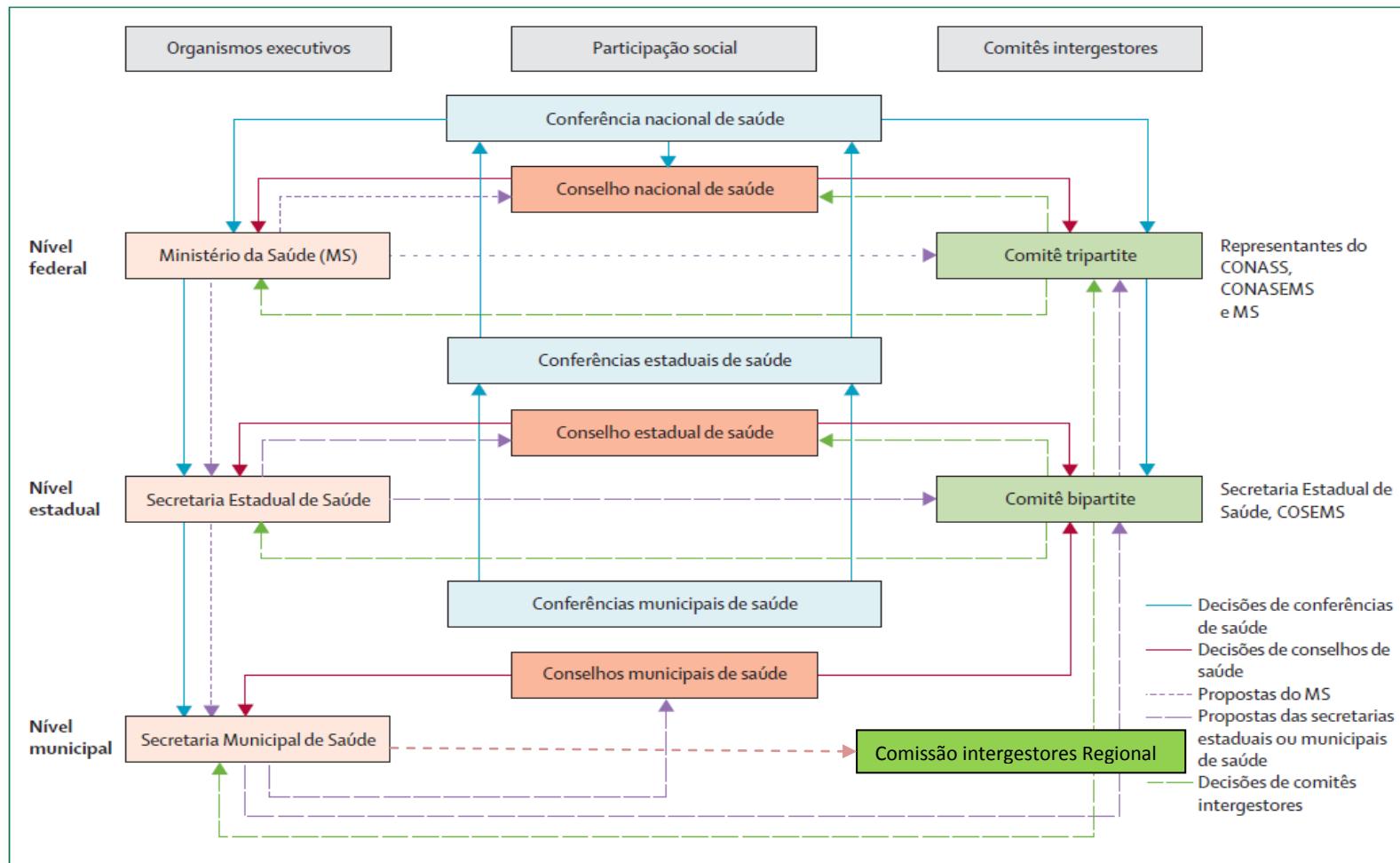
ANEXO C - Instâncias de decisão do SUS²⁷



Fonte: elaboração própria a luz do Decreto 7508 de 28 de junho de 2011.

²⁷ O decreto 7580 de 28 de junho de 2011 reconhece a existência das Comissões Intergestores Tripartite, no âmbito nacional, Bipartite, no âmbito estadual, e Regional, no âmbito das regiões de saúde, como instâncias de decisão do SUS. Desta forma, reconhece que o processo de diálogos entre os entes federados, em fóruns de abrangência nacional, estadual e regional, é de fundamental importância para a sustentabilidade e governabilidade da construção consensual das regras de gestão compartilhada. O Colegiado de Gestão Regional (CGR), que passará a ser denominado de Comissão Intergestores Regional (CIR), terá um importante papel no espaço de discussão e tomada de decisão regional. (BRASILIA, 2011)

ANEXO D – Processos de Tomada de decisão no Sistema Único de Saúde - SUS



Fonte: Almeida appud Pain *et al* (2011) adaptado pela autora a luz do Decreto 7508 de 28 de junho de 2011.

ANEXO E

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESSQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Processos de Tomada de Decisão em Sistemas Municipais de Saúde

Pesquisador: Luzia Lucélia Saraiva Ribeiro

Área Temática: Área 9. A critério do CEP.

Versão: 2

CAAE: 05119212.7.0000.5054

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 118.474

Data da Relatoria: 04/10/2012

Apresentação do Projeto:

A proposta apresentada se refere a uma dissertação de mestrado com temática voltada para a compreensão das tomadas de decisão em sistemas municipais de saúde no Estado do Ceará. Na introdução é apresentada a vivência do pesquisador sobre o tema, processo decisório; atuação política do Sistema Único de Saúde; pressupostos teóricos. Será realizado numa abordagem qualitativa. A população em estudo será composta por Secretários de Saúde de municípios do Estado do Ceará, membros da Comissão Intergestores Bipartite do

Ceará e membros da diretoria do Conselho de Secretários Municipais de Saúde eleitos para o biênio 2010-2012. Estima-se a participação em média de 15 (quinze) a 20 (vinte) secretários municipais de saúde, considerando a pré-análise documental dos municípios integrantes da comissão Intergestores Bipartite e Diretoria do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS. Os municípios serão: grande porte: Fortaleza, Sobral, Maracanaú; médio porte: Pacatuba, Acopiara, Morada Nova, Aracati e Crato; pequeno porte:

Caridade, Araripe, Pindoretama, Iracema, Cruz, Aratuba, Guaiúba, Umirim, Redenção, Várzea Alegre, Jaguaruana, Missão Velha. A coleta dos dados ocorrerá por meio de um roteiro de entrevista, semi estruturado, contendo os principais elementos a serem abordados com o entrevistado, aplicado exclusivamente pela pesquisadora, utilizando-se de gravação, como recurso de áudio. A análise será pautada na análise de conteúdo de Bardin. Aspecto éticos descritos no texto.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127	CEP: 60.430-270
Bairro: Rodolfo Teófilo	
UF: CE	Município: FORTALEZA
Telefone: (85)366-8344	Fax: (85)3223-2903
	E-mail: comepe@uol.br

Objetivo da Pesquisa:

Identificar os mecanismos e ferramentas para tomada de decisão em sistemas municipais de saúde do Ceará. Compreender a influência do Poder Político no Processo de Tomada de decisão em Sistemas Municipais de Saúde do Ceará. Identificar os fatores do Poder Administrativo e Técnico no Processo de Tomada de decisão em Sistemas Municipais de Saúde do Ceará.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não apresenta riscos e os benefícios estão pautados na criação de espaço de reflexão e fornecimento de subsídios necessários sobre a prática da Gestão Municipal de Saúde a partir da compreensão empírica do processo de Tomada de Decisão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta uma linguagem clara e pertinente. Aspectos introdutórios e metodológicos compreensíveis e coerentes. Aspectos éticos frisados no texto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta folha de rosto assinada pelo sub-chefe de Departamento de Saúde Comunitária; declaração de concordância e anuência dos pesquisadores e da instituição a ser desenvolvida a pesquisa; currículo do pesquisador e carta de encaminhamento ao comitê de ética. Além disso, está presente também o cronograma de execução.

Recomendações:

Apenas, refazer o cronograma, iniciando a coleta de dados em outubro.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

TCLE foi ajustado conforme solicitação do comitê.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Sim

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado

O presente projeto, seguiu nesta data para análise da CONEP e só tem o seu início autorizado após a aprovação pela mesma.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127	CEP: 60.430-270
Bairro: Rodovia Teófilo	
UF: CE	Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3966-8344	Fax: (85)3223-2903
	E-mail: comepe@uol.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPEsQ



FORTALEZA, 09 de Outubro de 2012

Assinador por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
Bairro: Rodovia Teófilo
UF: CE CEP: 60.430-270
Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 Fax: (85)3223-2903 E-mail: comepe@uol.br