

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

REBECA RENÉ GRAF

POLÍTICAS PÚBLICAS MUNICIPAIS DE SAÚDE
UMA ANÁLISE DAS PERCEPÇÕES DOS USUÁRIOS, FUNCIONÁRIOS E GESTORES DO
SISTEMA DE SAÚDE

SÃO PAULO

2020

REBECA RENÉ GRAF

**POLÍTICAS PÚBLICAS MUNICIPAIS DE SAÚDE – UMA ANÁLISE DAS PERCEPÇÕES DOS
USUÁRIOS, FUNCIONÁRIOS E GESTORES DO SISTEMA DE SAÚDE**

Tese apresentado à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas como requisito para a obtenção do título de Doutor em Administração Pública e Governo.

Linha de Pesquisa: Governo e Sociedade Civil em Contexto Subnacional

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Malik

SÃO PAULO

2020

FICHA CATALOGRÁFICA

Graf, Rebeca René.

Políticas públicas municipais de saúde: uma análise das percepções dos usuários, funcionários e gestores do sistema de saúde / Rebeca René Graf. - 2020. 183 f.

Orientador: Ana Maria Malik.

Tese (doutorado CDAPG) – Fundação Getulio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Políticas públicas - Aspectos sociais. 2. Política de saúde. 3. Saúde pública. 4. Serviços de saúde. I. Malik, Ana Maria. II. Tese (doutorado CDAPG) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Fundação Getulio Vargas. IV. Título.

CDU 614.2

REBECA RENÉ GRAF

**POLÍTICAS PÚBLICAS MUNICIPAIS DE SAÚDE – UMA ANÁLISE DAS PERCEPÇÕES DOS
USUÁRIOS, FUNCIONÁRIOS E GESTORES DO SISTEMA DE SAÚDE**

Tese apresentado à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas como requisito para a obtenção do título de Doutor em Administração Pública e Governo.

Campo de Conhecimento: Governo e Sociedade Civil em Contexto Subnacional

Data de aprovação:

30/11/2020

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Ana Maria Malik (Orientadora)
Escola de Administração de Empresas - Fundação Getúlio Vargas)

Profa. Dra. Gabriela Spanghero Lotta
Fundação Getúlio Vargas)

Prof. Dr. Fernando Passos Cupertino de Barros
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás

Prof. Dr. José Alexandre Buso Weiller
Fundação Juquery

DEDICATÓRIA

Para minha família.

Ser mãe é o meu melhor papel.

Para concluir essa tese, eu a acolhi como uma filha.

Para meus filhos, quem sabe um dia lendo esta tese, saibam que podem voar e explorar o mundo com seus sonhos quanto suas asas os permitirem.

AGRADECIMENTOS

Essa tese poderia ser um grande agradecimento.

À minha orientadora, Profa. Ana Maria Malik, que me concedeu a oportunidade de continuar sendo sua orientada após o mestrado. Ela esteve sempre presente, foi uma amiga, mentora e, às vezes mãe, principalmente, nos momentos difíceis. Ela nunca desistiu de mim.

Aos membros da banca examinadora da qualificação, Profa. Dra. Ana Maria Malik; Prof. Dr. Plínio Bernardi Jr; Profa. Dra. Marta Ferreira Santos Farah, pelas pertinentes contribuições que aperfeiçoaram e trouxeram maior credibilidade à pesquisa.

Aos membros da banca de defesa, Dra. Gabriela Spanghero Lotta; Prof. Dr. Fernando Passos Cupertino de Barros e Prof. Dr. José Alexandre Buso Weillerpor, por aceitarem participar de minha banca de defesa e contribuírem para o desenvolvimento da pesquisa.

Aos membros do Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde pela parceria e aprendizado coletivo sobre pesquisas na área de conhecimento da Administração em Saúde envolvendo organizações públicas, privadas e do terceiro setor.

À Prefeitura De Itu-SP, representada neste caso pelo Prefeito Guilherme Gazzola e a secretária de saúde Janaína Guerino, que confiaram no meu trabalho, abrindo as portas para que eu pudesse acessar às UBS bem como me fornecendo todas as informações que eu solicitei durante esse estudo.

Aos gestores e usuários pela colaboração para o desenvolvimento desta pesquisa.

E não menos importante, mas fundamental, foi o apoio da minha família. Concluir esse trabalho, tendo dois filhotes no meio do caminho só foi possível porque me senti amparada e encorajada por eles a continuar todos os dias.

Gilberto, Luísa e Gustavo – essa tese é nossa.

“Toda reforma interior e toda mudança para melhor dependem exclusivamente da aplicação do nosso próprio esforço”.

Immanuel Kant

“Todo o conhecimento humano começou com intuições, passou daí aos conceitos e terminou com ideias”.

Immanuel Kant

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo geral percorrer os caminhos nos quais as políticas públicas municipais de saúde são formuladas e implementadas à luz das perspectivas de gestores e usuários. A pesquisa utilizou a abordagem qualitativa e exploratória com técnicas de análise baseada em “Grounded Theory” (Teoria Fundamentada nos Dados). Por meio de um estudo de caso, foram realizadas entrevistas semiestruturadas e abertas com gestores públicos, funcionários e usuários de UBS, totalizando 218 entrevistas. A partir da revisão bibliográfica que compreende e avalia principais conceitos de Políticas Públicas e outros campos da Administração, Gestão e Política Pública de Saúde, foi possível construir um quadro teórico e conceitual que permitiu sustentar as etapas da investigação e a análise dos dados coletados. O trabalho empírico identificou as ações da área da saúde que foram tomadas no início da nova gestão (2017-2020) no município de Itu – SP, evidenciando propósitos vinculados às ações prioritizadas e ao modo de implementação. A análise dos dados demonstra que o processo de implantação de políticas públicas municipais da área da saúde, necessariamente não acontece como o esperado, pois existe uma fragmentação das políticas públicas e ações que estão distantes das necessidades reais dos usuários. Espera-se que essa pesquisa contribua para os estudos de administração pública e para o desenvolvimento de iniciativas que valorizem o profissional da atenção primária e inspire o compromisso social de gestores municipais aprimorando o vínculo entre os profissionais de saúde e usuários de UBS

Palavras-chave: Políticas Públicas; Políticas de Saúde; Gestão Municipal de Saúde; Unidade Básica de Saúde.

ABSTRACT

The present study has the general objective of covering the ways in which municipal public health policies are formulated and implemented in the perspectives of managers and users. The research used a qualitative and exploratory approach with analysis techniques based on “Grounded Theory” (theory based in data). Through a case study, a semi-structured and open questionnaire was applied with public managers, employees, and UBS (basic health unit) users, resulting in a total of 218 interviews. From the bibliographic review that understands and evaluates the basic principles of Public Policies and other fields of Administration, Management and Public Health Policy, it was possible to build a theoretical and conceptual framework to support the stages of the investigation and the analysis of the collected data. The empirical work identified actions in the healthcare area, at the beginning of the new management (2017-2020) in the city of Itu, Sao Paulo, evidencing purposes linked to the prioritized actions and the mode of implementation. An analysis of the data shows that the process of implementing municipal public policies in the health area, does not necessarily happen as expected, as there is a fragmentation of public policies and actions that are distant from the real needs of users. This research aims to contribute to public administration studies, to the development of initiatives that value the primary care professional and inspire the social commitment of municipal managers by improving the link between health professionals and UBS users.

Keywords: Public Policies; Health policies; Municipal Health Management; Basic health Unit.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES, QUADROS E TABELAS

Quadros

Quadro 1 Responsabilidades dos entes federativos na área da saúde.....	25
Quadro 2 Relação entre critérios do estudo de caso e a estratégia da pesquisa.	65
Quadro 3 Políticas/ ações públicas na área da saúde municipal que foram foco da gestão 2017-2020.....	79
Quadro 4 Ações no início da nova gestão (2017-2020)	129
Quadro 5 Principais metas elencadas pelo prefeito, problemas pelos gestores e queixas da população.....	152
Quadro 6 Quadro sinóptico.....	153

Figuras

Figura 1 Receitas do município de Itu –SP – correspondências.....	19
Figura 2 Receitas do município de Itu - SP – receitas.....	20
Figura 3 Estados e municípios – aplicação com recursos próprios (em %)	26
Figura 4 Gráfico das receitas constitucionais para cálculo em saúde.....	27
Figura 5 Gráfico do gasto municipal com saúde	27
Figura 6 Esquema Referente ao Ciclo de Políticas Públicas.	35
Figura 7 Ilustração dos Elementos do “Triple Aim”.	47
Figura 8 Percentual do orçamento municipal aplicado em saúde (2000, 2009 e 2018). 54	
Figura 9 Investimento da União em Saúde – proposta de orçamento para 2019	55
Figura 10 As dezesseis UBS do município.	67
Figura 11 Linha cronológica da coleta de dados.	73
Figura 12 Perfil dos usuários entrevistados segundo o grau de instrução.	82
Figura 13 Perfil dos entrevistados por sexo (etapa 3).	84
Figura 14 Idade dos entrevistados (etapa 3).	84
Figura 15 Escolaridade dos entrevistados (Etapa 3).....	85
Figura 16 Renda dos entrevistados (etapa 3).....	85
Figura 17 Motivação dos entrevistados de ir à UBS (etapa 3).	86
Figura 18 Avaliação dos usuários para a nova gestão no Sistema de Saúde Municipal (2016-2020).	87
Figura 19 Percepção dos usuários entrevistados quanto a presença de TV na UBS.	88

Figura 20	Percepção dos usuários entrevistados quanto a importância da programação exibida na Televisão.	89
Figura 21	Presença de usuários que estiveram na Farmácia central.....	89
Figura 22	Localização da Farmácia Central usada pelos usuários entrevistados.....	90
Figura 23	Preferência dos usuários em relação à implementação da Farmácia Central.	90
Figura 24	Percepção dos usuários em relação ao atendimento médico com agendamento de horário.	91
Figura 25	Percepção dos usuários em relação ao atraso médico.	92
Figura 26	Conhecimento dos usuários em relação ao cumprimento da jornada de trabalhos dos médicos.	92
Figura 27	Conhecimento dos usuários em relação ao uso do ponto eletrônico dos funcionários.	93
Figura 28	Percepções dos usuários em relação a existência do pedido de exames em todas as consultas.	93
Figura 29	Percepção dos usuários sobre quais são os exames mais solicitados pelos médicos.....	94
Figura 30	Percepção dos usuários sobre quais são os exames mais solicitados pelos médicos.....	94
Figura 31	Percepção dos usuários sobre tempo levado para o agendamento dos exames solicitados.	95
Figura 32	Entendimento do conhecimento dos usuários em relação ao nome dos funcionários.	96
Figura 33	Entendimento sobre os conhecimentos dos usuários sobre o fato dos funcionários usarem crachá.	96
Figura 34	Percepção dos usuários sobre o fato dos funcionários usarem uniforme.....	97
Figura 35	Presença dos usuários entrevistados no Hospital Dia no município de Itu (SP).	98
Figura 36	Perfil dos funcionários segundo o tempo de serviço na UBS.	99
Figura 37	Perfil dos funcionários segundo tempo de servidor público.	99
Figura 38	Idade dos funcionários entrevistados.	100
Figura 39	Percepção dos entrevistados quanto à presença de televisores	100
Figura 40	Percepção dos funcionários quanto ao funcionamento dos televisores.	101
Figura 41	Presença de farmácia para a distribuição de medicamentos na unidade em que o funcionário trabalhava.	102

Figura 42	Abertura da Farmácia Central.	102
Figura 43	Conhecimento sobre consórcio municipal.	103
Figura 44	Funcionamento do consórcio municipal.	104
Figura 45	Existência do ponto eletrônico.	104
Figura 46	Funcionamento do ponto eletrônico.	105
Figura 47	Utilização do ponto eletrônico.	105
Figura 48	Opinião sobre o ponto eletrônico.	106
Figura 49	Uso de prontuário.	107
Figura 50	Mudança de uso do prontuário de papel para eletrônico.	107
Figura 51	Preferência pelo prontuário eletrônico.	108
Figura 52	Existência de enfermeira auditora.	109
Figura 53	Presença da enfermeira auditora.	109
Figura 54	Atendimento de solicitações pela enfermeira auditora.	110
Figura 55	Uso de crachás pelos funcionários.	110
Figura 56	Uso de crachás pelos colegas.	111
Figura 57	Trabalhar identificado com o crachá.	111
Figura 58	Recebimento dos uniformes.	112
Figura 59	Fiscalização para o uso de crachá e uniforme.	112
Figura 60	Conhecimento do Hospital Municipal.	113
Figura 61	Conhece os serviços do Hospital Municipal.	113
Figura 62	É bom para o município ter o Hospital Municipal.	114
Figura 63	Pedido de qualquer exame pelos médicos.	114
Figura 64	Existência de protocolo solicitação de exames.	115
Figura 65	Cumprimento do protocolo pelos médicos.	115
Figura 66	Mudança nos laboratórios responsáveis pelos exames.	116
Figura 67	Mudança positiva ou negativa.	116
Figura 68	Estratégia de Saúde da família.	117

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário da Saúde

ADCT - Ato das Disposições Constitucionais Transitórias

ACS - Agentes Comunitários da Saúde

AIS - Ações Integradas de Saúde

CAPS - Centro de atenção Psicossocial

CEO - Centro especializado em Odontologia

COMUSI - Conselho Municipal de Saúde de Itu

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASP - Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde

FPM - Fundo de Participação dos Municípios

IHI - Institute for Healthcare Improvement

MS - Ministério da Saúde

NHS - National Health Service

NOB - Normas Operacionais Básicas

PCCU - Preventivo do Câncer de Colo de Útero

PAM - Pronto Atendimento Municipal

PETI - Prefeitura da Estância Turística de Itu

PNH - Política Nacional de Humanização

PSF - Programa de Saúde da Família

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SAMDU - Serviço de Assistência Médica Domiciliar de urgência

SESP - Serviço Social de Saúde Pública

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	O MUNICÍPIO NA POLÍTICA BRASILEIRA	18
2.1	Autonomia Municipal e as Responsabilidades dos Diferentes Níveis dos Entes Federativos	22
2.2	Gestão Municipal - Um olhar para os recursos humanos	28
3.	POLÍTICAS PÚBLICAS	34
3.1	Implementação de políticas públicas	37
3.2	Os implementadores de políticas públicas: burocratas de nível de rua	40
4	POLÍTICAS PÚBLICAS MUNICIPAIS DE SAÚDE	45
4.1	Contexto Internacional De Políticas Públicas De Saúde	45
4.2	Influências Nacionais.	48
4.3	Desafios do cenário recente	50
4.4	Políticas públicas de saúde municipais e seus desafios.....	52
5	PERGUNTA DE PESQUISA E OBJETIVOS	61
5.1	Objetivos.....	61
6	ESTRATÉGIA METODOLÓGICA	62
6.1	Tipo de Pesquisa	62
6.2	Universo Empírico.....	66
6.3	Instrumentos de Coleta de Dados	69
6.4	Etapas da Pesquisa de Campo.....	70
7	RESULTADOS DE PESQUISA	74
7.1	Etapa 1: Resultados das entrevistas prévias com os gestores	74
7.1.1	Entrevista com secretário de saúde e vice-prefeito.	75
7.1.2	Entrevista com o Prefeito Municipal	76
7.1.3	Entrevista com a Secretária de Saúde.....	78

7.2 Etapa 2: Resultados observados durante elaboração do instrumento preliminar e entrevistas com funcionários e usuários das UBS	81
7.2.1 Perfil dos usuários entrevistados	82
7.3 Etapa 3: Entrevista com usuário e funcionários da UBS utilizando instrumentos definitivo.....	83
7.3.1 Perfil dos usuários entrevistados nas UBS do município	83
7.3.2 Percepções dos usuários em relação às ações promovidas pela gestão das UBS	86
7.3.3 Classificação geral do perfil dos funcionários das UBS.....	98
7.4 Etapa 4: Entrevista com gestores e ex-prefeito.....	117
7.4.1 Secretária de saúde	117
6.4.2 Diretor de saúde.....	122
6.4.3 Ex-Prefeito.....	123
8 DISCUSSÃO	126
8.1 Ações da área da saúde no início da nova gestão (2017-2020) em Itu – SP	129
8.2 Propósitos vinculados às ações priorizadas	133
8.3 Como foram implementadas as ações e políticas públicas	134
8.4 Como os atores do sistema de saúde percebem as ações de saúde	145
7 CONCLUSÕES	155
8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	159
Anexo 1 Autorização da Prefeitura da Estância Turística de Itu (PETI)	175
Anexo 2 Roteiro de entrevista com os usuários das UBS.....	177
Anexo 3 Roteiro de entrevista para funcionários das UBS.....	178
Anexo 4 Formulário do pesquisador.....	181
Anexo 5 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	182
Anexo 6 Mapa das UBS.....	183

1 INTRODUÇÃO

Ao longo do século XX e XXI, a evolução global da saúde pública tem se expressado por meio das práticas de prevenção, tais como: redução da mortalidade materno-infantil, prevenção de doenças contagiosas por imunização, melhoria no saneamento e assim por diante. Todavia, enfrentar os obstáculos e desafios atuais na área de saúde pública não é tarefa fácil para os gestores públicos. Os serviços públicos vêm sofrendo críticas frequentes por parte dos diferentes atores representantes da demanda pela assistência - como cidadãos usuários do sistema, sindicatos, associações e conselhos municipais de saúde. A mídia expõe situações precárias de prestação de serviços de assistência, bem como falta de infraestrutura, baixa qualidade nos atendimentos e falhas na administração do setor. No entanto, de modo geral é possível afirmar que a estrutura e os processos têm melhorado, assim como o acesso. Porém, segundo os usuários a assistência prestada ainda tem problemas. A gestão da saúde encontra-se diante de alternativas de caminhos que precisam ser trilhados, a fim de construir e reconstruir políticas públicas capazes de amenizar os problemas atuais e futuros (VECINA; MALIK, 2011).

A administração pública no setor da saúde, muitas vezes, é desenvolvida por pessoas não que não são técnicos do setor. Frequentemente, políticos ocupam cargos como as Secretarias de Saúde ou Ministério da Saúde não sendo especialistas ou técnicos qualificados na área; basta terem interesse no setor e serem da confiança do executivo para agregar profissionais qualificados no assunto. No entanto, a literatura aponta que o mais habitual é realizar a indicação de pessoas aos cargos por outros motivos ou interesses, ou seja, por relações pessoais ou trocas políticas. Essa prática pode gerar formulação de políticas que não correspondem às necessidades do usuário do sistema. Sendo assim, a realização dessa tese torna-se importante em função de contribuir para a gestão municipal da saúde ao expor aos gestores de que forma a população local percebe e avalia as políticas de saúde implantadas.

Diante deste cenário, a questão que norteia esse trabalho consiste em compreender **“como se dá o processo pelo qual as políticas públicas municipais são implementadas e percebidas pelos atores envolvidos no processo”?**

Embora a tese tenha sido concluída durante pandemia global do Covid-19, a pesquisa não teve a intenção de abordar essa problemática, pois o recorte espaço-temporal delimitado para coleta de dados foi concluído no período anterior ao surto.

A tese está organizada com esse primeiro capítulo de introdução. Segundo e Terceiro capítulo onde se apresenta a abordagem teórica sobre o município na política brasileira e políticas públicas, respectivamente. Quarto versa sobre as políticas públicas municipais. O quinto apresenta a pergunta de pesquisa e os objetivos do estudo. O sexto capítulo corresponde a metodologia de pesquisa, caracterização do campo e instrumentos de coleta de dados. O sétimo capítulo apresenta os resultados da pesquisa e, o oitavo, a discussão dos dados. Por fim, o nono capítulo apresenta as conclusões do estudo.

2 O MUNICÍPIO NA POLÍTICA BRASILEIRA

Considerando a relevância dos municípios na política brasileira, pode-se dizer que o Brasil mudou radicalmente a partir da penúltima década do século XX. Se antes os municípios apareciam com relevância reduzida no contexto nacional, em 2020, o cenário apresenta-se bem diferente. Esse quadro se deve em grande parte à concentração populacional nas grandes cidades, aumento da industrialização e expansão dos meios de comunicação que colaboraram para a relevância dos municípios no contexto geral. A integração dos municípios com a vida nacional, devido a Constituição Federal de 1988, introduziu mudanças na distribuição das receitas públicas entre os diferentes níveis governamentais, bem como em suas competências legislativas.

A ideia de uma federação descentralizada, com maior autonomia dos municípios, foi apresentada pela Carta Constitucional como forma de alcançar uma democracia mais estruturada e mais eficiente na execução de políticas públicas (ANDRADE, 2007).

Farah (2001) evidencia que o nível local de governo tem possibilitado diversas modificações no processo de formulação e implementação de políticas públicas e gestão pública. Segundo a autora, o Estado brasileiro encontra-se em processo de reconstrução mediante novos arranjos institucionais e parcerias entre Estado, sociedade civil, além daquelas internas ao próprio Estado. As iniciativas de governos locais desenvolvidas, a partir de 1999, constante do banco de dados do Programa Gestão Pública e Cidadania, desenvolvido pela FGV-SP e pela Fundação Ford, com apoio do BNDES referem-se a esse processo de formulação e implementação de políticas e gestão pública. O contexto do país era do recente processo de redemocratização, vivenciando um período fértil em inovações na gestão pública subnacional, orientadas para a cidadania e para a extensão do acesso a serviços públicos, com base na perspectiva de direitos. A partir deste programa, foram criados os Cadernos Gestão Pública e Cidadania, cujo objetivo era identificar, premiar e disseminar iniciativas inovadoras de governos subnacionais.

A mesma autora, em sua publicação intitulada “Experiências de Gestão Pública e Cidadania” (FARAH, 2001), tornou disponível uma visão detalhada das inovações introduzidas por prefeituras, governos estaduais e organizações próprias dos povos indígenas. Essas obras constituíram excelentes pontos de partida para discussões sobre as políticas públicas implementadas por essas esferas de governo:

Pode-se perceber, nesse cenário, os processos de transformação na esfera local de governo, envolvendo esses atores na formulação, implementação e controle das políticas públicas e no estabelecimento de parcerias para a provisão de serviços públicos. (FARAH, 2001, p.3).

Mesmo diante das mudanças ocorridas, ainda há um clamor dos gestores municipais por mais recursos financeiros. Uma das causas é que a maior parcela dos recursos municipais, especialmente de municípios menores provém de transferências constitucionais, sendo que a maior parte desse recurso transferido tem destinação reservada. Mediante o novo arranjo de transferências intergovernamentais, foram atribuídas aos municípios novas responsabilidades, tais como, prestação de serviços de saúde, parte das tarefas educacionais e, mais recentemente, responsabilidades de assistência social (FERREIRA FILHO, 2010)

Nos últimos anos, os municípios brasileiros vêm assumindo despesas superiores à sua capacidade de arrecadação, apesar das transferências constitucionais e legais repassados pela União e pelos estados. Embora a descentralização de serviços públicos e de receitas tenha representado importante avanço para o exercício da cidadania nos municípios, estes se encontram com sérias limitações financeiras para continuar ofertando serviços e investimentos públicos necessários ao desenvolvimento local.

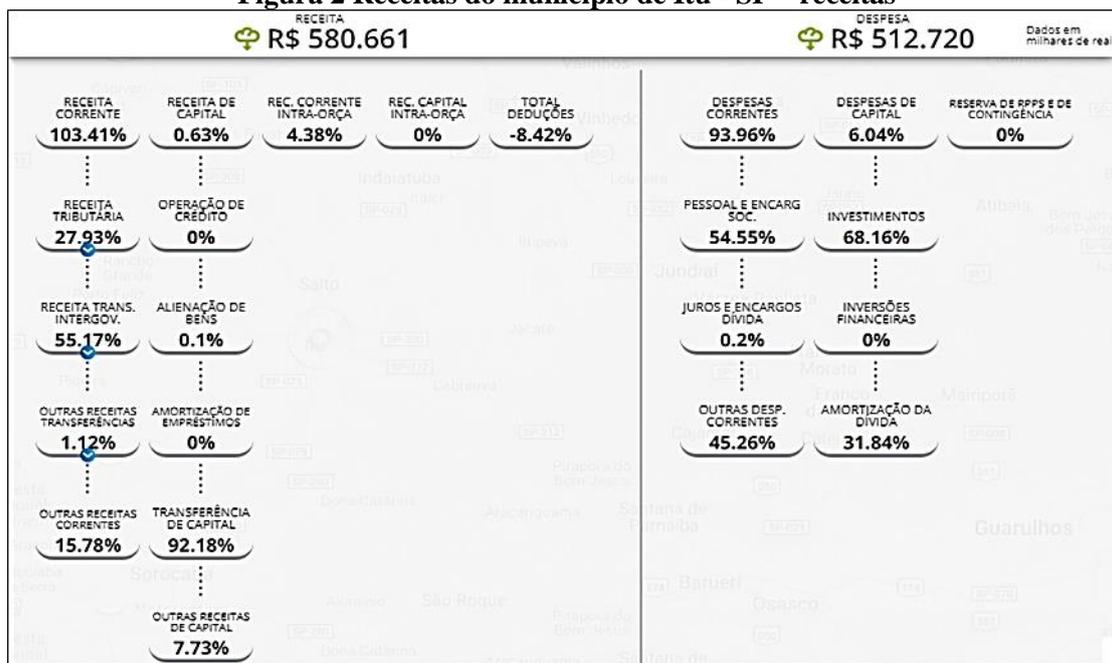
No caso do município de Itu (SP), cidade objeto desta tese, 55,17% da receita provém de Transferências Intergovernamentais, enquanto o restante provém de outras receitas como demonstradas na Figura 1.

Figura 1 Receitas do município de Itu –SP – correspondências.



Fonte: IBGE, 2017.

Figura 2 Receitas do município de Itu - SP – receitas



Fonte: IBGE, 2017

A Constituição de 1988, ao prever a concepção do Sistema Único de Saúde (SUS), estabeleceu em seu texto o aumento da responsabilidade dos municípios na prestação de serviços de saúde (PIOLA, 2009). Em outras palavras, a Constituição Federal não somente criou uma estrutura organizacional para garantir o direito à saúde, como também indicou as atribuições dos órgãos administrativos, os objetivos e procedimentos que deveriam ser cumpridos para o adequado funcionamento do SUS (BRASIL. Ministério da Saúde, 2010).

A esse respeito, a Lei Federal 8080 de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as atribuições e o funcionamento do SUS, enquanto a Lei Federal 8142, de 28 de dezembro de 1990, trata da participação da comunidade na gestão do SUS e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL. Congresso Nacional, 1990).

Na prática, a maior parte dos municípios não tem condições de ofertar serviços de saúde de forma integral e assim, para que o sistema funcione, é necessário que haja uma estratégia regional de atendimento para corrigir essas distorções de acesso; como por exemplo, parcerias entre estado e municípios ou entre os próprios municípios (CAMPELLI, 2005).

Embora o Brasil tenha aumentado os instrumentos democráticos de participação política no âmbito local, muitos municípios continuam financeiramente dependentes de seus estados e da União para sobreviverem. A regionalização pode ser um meio eficiente de ajudar a independência dos municípios, em especial aqueles que se concentram em determinadas

regiões pobres do país onde ocorre a junção dos problemas sociais e dificuldades climáticas ou geográficas. Deste modo, a gestão consegue alcançar soluções e respostas adequadas às necessidades individuais e coletivas dessa determinada região.

Há uma associação positiva entre a eficácia da gestão municipal com saúde e os indicadores de financiamento e o gasto no setor. Em outras palavras, municípios com níveis mais elevados de organização e avaliação apresentam indicadores mais favoráveis de financiamento. Em relação à efetividade, verifica-se a existência de três situações (VIANA, 2008):

- a) Municípios que não possuem integralidade **nem** acesso universal apresentam menor despesa total com saúde por habitante/ano; percentual mais baixo de recursos próprios aplicados na saúde e de transferências SUS sobre a despesa total com saúde;
- b) Municípios que possuem integralidade **ou** acesso universal apresentam maior capacidade fiscal, maior despesa total com saúde e percentual mais alto de recursos próprios aplicados na saúde;
- c) Municípios que possuem integralidade **e** acesso universal apresentam menor capacidade fiscal e maior participação das transferências SUS na despesa total com saúde.

Uma saída para estes gestores locais tem sido eleger deputados, em outros termos, relacionando-se com o poder legislativo a fim de captar recursos necessários para a região. O papel do sistema legislativo consiste em ser responsável por criar e alterar Projetos de Lei que viabilizem significativas mudanças locais e afetem o cotidiano dos cidadãos de modo positivo. Por outro lado:

O baixo desenvolvimento institucional do poder legislativo municipal impede que boa parte das câmaras desempenhe com independência sua função de controlar o executivo. Desta forma, pode-se dizer que continua o prefeito sendo o ator mais poderoso na política local e a falta de *accountability* horizontal nos municípios continua sendo um problema endêmico a enfrentar. (ANDRADE, 2007, p.16).

A aprovação da Emenda Constitucional Nº 29 (EC-29), de 13 de setembro de 2000, delimitou regras para a provisão de recursos das ações e dos serviços públicos de forma progressiva demarcando uma nova forma de financiar o setor da saúde. Da mesma forma, o Artigo 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) estabeleceu os percentuais mínimos naquela ocasião (CAMPELLI, 2007). Essa emenda estabeleceu mudanças na sistemática do financiamento, principalmente por meio do Parágrafo 3 do Artigo 77, que estabelece as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal, regulamentadas em 2012 (CAMPELLI, 2005)

Por sua vez, a Lei de Responsabilidade Fiscal estabelece que a União limite a autonomia de gastos dos municípios para financiar o atendimento de saúde da população. A Emenda Constitucional Nº 29/2000 determinou a coparticipação da União, estados e municípios na gestão dos serviços de saúde, acoplando receitas municipais a gastos mínimos com saúde, responsabilizando assim, o poder municipal por esses serviços e cobranças dos usuários “provocando grande desgaste político das lideranças locais” (ANDRADE, 2007). Analisando o tema, Arretche (1996, p. 50) fala em uma “descentralização por ausência”, que corresponde à transferência de responsabilidade sem o equivalente repasse financeiro. Em outras palavras, uma retirada da responsabilidade da União de efetivar políticas públicas, transferindo para os municípios o dever de promover direitos sociais, porém sem o devido envio de recursos monetários. A título de exemplo, a Emenda atrelou receitas municipais às despesas mínimas com saúde. A partir desta Emenda, todos os funcionários públicos passaram a atuar sob vigência da Lei de Responsabilidade Fiscal que impõe regras para a gestão dos recursos públicos, limitando ainda mais a autonomia dos gastos do município. Por todo o exposto, é importante destacar:

Se é verdade que o município brasileiro recebe hoje tratamento orçamentário muito mais robusto do que recebeu em toda história da Federação, é verdade também que sobre eles recai uma parcela de responsabilidades também nunca vista. O que coloca em dúvida a autonomia financeira dos municípios, dado que essa envolve não somente ter maiores receitas, mas também liberdade para despender essas receitas (ANDRADE; SANTOS, 2015, p. 15).

Além disso, evidencia-se que não há qualquer garantia intrínseca à autonomia dos governos locais que os torne responsáveis, comprometidos com as necessidades dos cidadãos e determinados a administrar com eficiência, já que a autonomia dos governos pode produzir resultados opostos aos esperados pelos defensores mais otimistas da descentralização. Assim, os gestores municipais quando dotados de autonomia, podem adquirir empréstimos e se tornarem dependentes do sistema nacional de transferências fiscais gerando déficits fiscais sistemáticos, contrariando a “expectativa de que a descentralização fiscal produziria responsabilidade fiscal” (ARRETCHE, 2003, p. 334).

2.1 Autonomia Municipal e as Responsabilidades dos Diferentes Níveis dos Entes Federativos

Apesar dos novos arranjos que atribuíram maior relevância ao município, após 1988, Mohn (2006) explica que ainda é possível verificar dependência por parte dos municípios com relação às esferas estadual e federal por meio de clientelismo e critérios políticos para a liberação de

emendas orçamentárias, por exemplo. O autor assevera que a história brasileira é uma crônica de centralização reforçada por interdependência política entre federação e estados, sempre com prejuízo para a autonomia municipal. Fala-se em descentralização, no entanto são raras as ocasiões em que não se pretende impor ao município a política nacional formulada por diretrizes do governo federal.

Como consequência, o que se produz é uma falsa impressão de autonomia. A descentralização ocorre de fato na esfera jurídico-administrativa e não na prática da política decisória. Assim sendo, os municípios acabam funcionando de maneira similar a um órgão ou departamento do governo federal. Mohn (2006) reforça esse conceito ao afirmar que quanto maior a centralização, maior a capacidade do poder central e a incapacidade do poder local. Para Arretche (2003), descentralização e autonomia são termos genéricos e dizem muito pouco quanto à natureza dos arranjos institucionais. Ela afirma que descentralização e autonomia podem, inclusive, produzir efeitos opostos aos esperados.

Na área da Saúde, especialmente no SUS, o governo federal controla as decisões dos gestores municipais via financiamento e mecanismos de coordenação intergovernamental. Como contrapartida, os estados e municípios participam da formulação das regras das políticas. Os governos locais assumem a gestão da atenção básica, mas a qualidade da ação dos governos depende, em grande medida, dos incentivos e controles aos quais estão submetidos (ARRETCHE, 2003). Portanto, os governos municipais dependem da forma pela qual suas decisões são reguladas pela autoridade central e da natureza dos incentivos e regras estabelecidos pelo governo estadual. Como o SUS possui uma complexa estrutura institucional que não funciona plenamente, o maior desafio parece residir mais em amadurecer a utilização desta estrutura institucional e menos em redesenhar o sistema.

Desde 2000, a Lei de Responsabilidade Fiscal atribui regras para a gestão dos recursos públicos limitando a autonomia de gastos dos municípios. Esta emenda Constitucional de Nº 29 assegurou a coparticipação da União, dos estados e municípios no financiamento das ações e serviços públicos de saúde. A nova legislação estabeleceu limites mínimos de aplicação em saúde e educação para cada unidade federativa: os gastos da União deveriam ser iguais aos do ano anterior, corrigidos pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Os estados deveriam garantir 12% de suas receitas para o financiamento da saúde. Os municípios, por sua vez deveriam aplicar pelo menos 15% de suas receitas nesse setor. Análises referentes à Lei de Responsabilidade Fiscal demonstram que grande parte dos municípios brasileiros não excedeu

seus limites e os prefeitos vêm passando por um aprendizado de austeridade e responsabilidade. Assim, o temor das punições e as pressões da população têm contribuído decisivamente para o melhor resultado verificado na gestão orçamentária dos municípios (ANDRADE, 2007, p. 17).

A Lei Complementar nº 141 de 2012, estabeleceu os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revogou dispositivos das Leis nos 8.080/ 1990 e 8.689/93 além de ter estabelecido o que poderia ser considerado como ações e despesas com ações e serviços públicos de saúde (SANTOS, 2012).

Para tanto, a administração pública encontra-se cada vez mais fiscalizada por instituições como Ministério Público, Tribunais de Contas, Controladorias e Defensorias Públicas. Todas visam fiscalizar e cobrar o cumprimento dos dispositivos legais. Além disso, há o peso da mídia e a crescente influência dos movimentos e organizações sociais. Andrade (2007) também ressalva que a sociedade civil está cada vez mais informada, organizada e próxima à gestão por meio dos conselhos municipais e de outros arranjos institucionais criados para deliberar sobre políticas públicas. Deste modo, a população não apenas participa da implementação, mas também supervisiona o poder local.

Não há hierarquia entre União, estados e municípios. No entanto, há competências para cada um desses três gestores do SUS. A União é a principal financiadora da saúde pública no país. Do ponto de vista histórico, mais da metade dos gastos é feita pelo governo federal, enquanto a outra parte fica por conta dos estados e municípios. A União formula as políticas nacionais, mas a implementação das mesmas é feita pelos seus parceiros (ONGs, estados, municípios e iniciativa privada). O quadro 1 demonstra as diferentes responsabilidades dos entes federativos no que diz respeito à prestação de assistência à saúde.

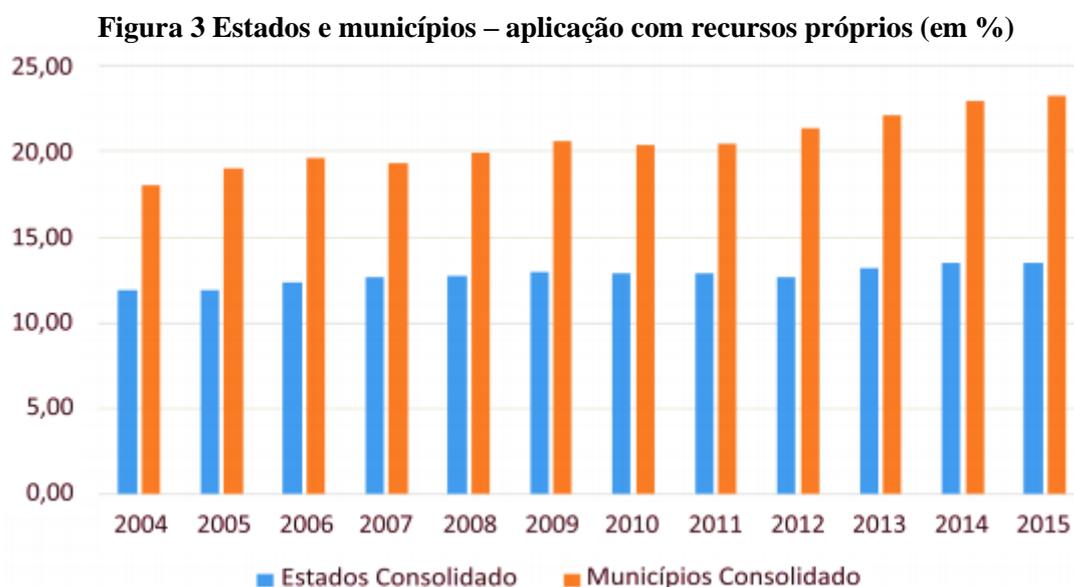
Quadro 1 Responsabilidades dos entes federativos na área da saúde.

Entes federativos	Área da saúde
<p>União</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ministério da Saúde; ● Financiamento da rede pública de saúde; ● Formulação de políticas nacionais de saúde (não realiza ações); ● Planejamento, criação de normas, avaliação e utilização dos instrumentos para controle do SUS.
<p>Estados</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Secretarias específicas para gestão de saúde; ● Aplicação de recursos próprios, inclusive nos municípios e os repassados pela União; ● Parceria para aplicação das políticas de saúde nacionais; ● Formulação de políticas de saúde estaduais; ● Coordenação e planejamento do SUS em nível estadual (respeitando a normatização federal); ● Organização e atendimento à saúde em seu território.
<p>Municípios</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Reconhecimento como principal responsável pela saúde da população; ● Após 2006 (Pacto pela saúde) o gestor municipal assinou termo de compromisso para assumir integralmente as ações e serviços em seu território; ● Secretarias específicas para a gestão da saúde; ● Aplicação de recursos próprios, além dos da União e Estado; ● Parceria para aplicação das políticas nacionais e estaduais; ● Formulação das próprias políticas de saúde; ● Coordenação e planejamento do SUS em nível municipal (respeitando a normatização federal e o planejamento estadual); ● Estabelecimento de parcerias com outros municípios para garantir o atendimento pleno de sua população, principalmente para procedimentos de complexidade que estejam acima daqueles que pode oferecer.

Fonte: Elaborado pela autora, 2019 com base na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990

É possível perceber que de alguma forma a autonomia tem estado, cada vez mais presente nos governos municipais. De fato, houve melhoria significativa na repartição do bolo tributário, com especial aumento da capacidade do poder público municipal (ANDRADE, 2015). Também houve uma descentralização da implementação de políticas sociais e aumento da capacidade financeira para os municípios. Sendo assim, os prefeitos se veem responsáveis pela execução de grande parte das políticas públicas. Eles são compelidos a desempenhar suas tarefas de forma eficiente, transparente e democrática.

O Gráfico abaixo (X) evidencia o crescimento dos percentuais de aplicação em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) com recursos próprios no período 2004-2015 pelas esferas estadual e municipal de governo, sendo que esta última com cifras muito acima do parâmetro mínimo da EC 29/2000 e da Lei Complementar 141/2012 (que é de 15% da receita base de cálculo para essa apuração) (FUNCIA, 2017)



Fonte: Funcia (2017)

Contudo, é sabido que parte do papel do gestor municipal também é articular-se de modo a obter mais verbas federais para execução de políticas locais.

Além disso, esses gestores também enfrentam dificuldades nos momentos de tomarem decisões, principalmente devido ao fato de que apenas decisões não são suficientes. Funcionários públicos e processos burocráticos tornam a gestão municipal mais complexa. Segundo Simon (1967), os tomadores de decisão, muitas vezes, deparam-se com informações que estão além de suas potencialidades intelectuais de modo que não conseguem observar as situações de forma detalhada com conhecimento de todo o processo, sendo inviável explorar

todo o leque de alternativas e escolher “a” melhor opção dentre todas as existentes, uma vez que essas opções não estão disponíveis para análise.

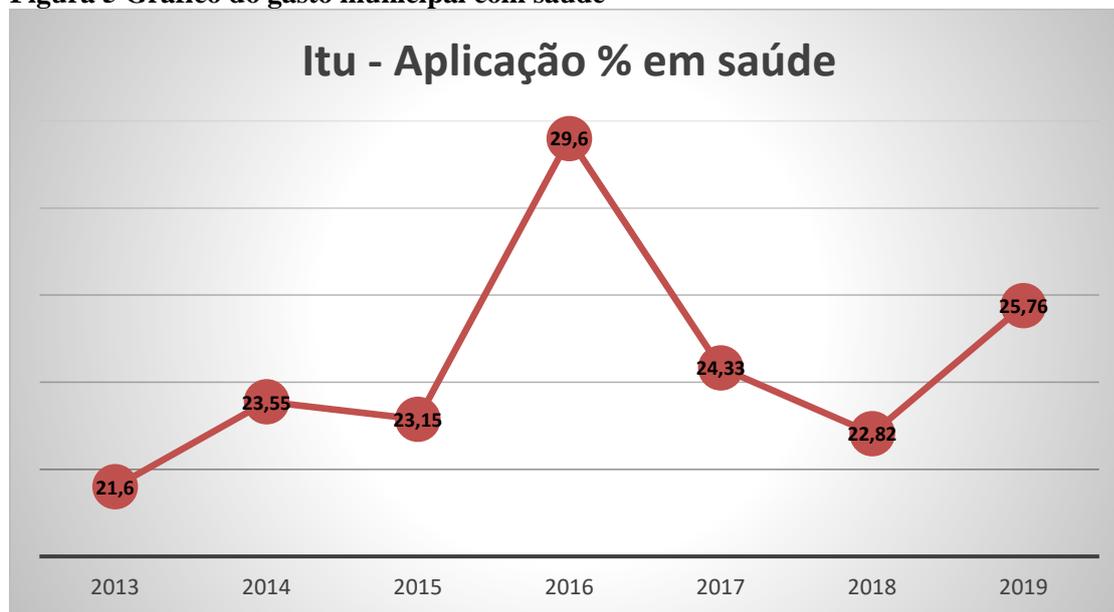
A Figura 4 ilustra a fonte de receitas constitucionais para cálculo de aplicação em saúde do município de Itu nos últimos anos. A Figura 5 seguinte mostra como tem sido o gasto do município com a área da saúde no mesmo período.

Figura 4 Gráfico das receitas constitucionais para cálculo em saúde

Tipo de receita	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
IMPOSTOS (I)	41%	43%	43%	46%	42%	43%	43%
Transferências da União (II)	15%	15%	16%	16%	17%	16%	16%
Transferências do Estado (III)	43%	42%	42%	38%	42%	41%	41%

Fonte: SIOPS (2020)

Figura 5 Gráfico do gasto municipal com saúde



FONTE: SIOPS 2020

Dado que a participação das receitas próprias (I), da União (II) e do Estado (III) pouco variaram no decorrer do tempo, cada ponto percentual executado em saúde além dos limites constitucionais, exige que o município retire recursos de outras secretarias.

2.2 Gestão Municipal - Um olhar para os recursos humanos

A administração pública tem como propósito a busca de soluções práticas para as exigências da sociedade, tendo como princípios constitucionais impessoalidade, moralidade, eficiência, entre outros. Nesse sentido, a gestão de pessoas no meio público ocupa um papel estratégico, uma vez que visa o alinhamento entre os objetivos fundamentais da organização pública e as políticas de desenvolvimento de pessoas.

Atualmente, a eficácia e a efetividade da ação governamental são as palavras de ordem. Não basta atuar de forma a obter a melhor relação custo-benefício, se os resultados almejados não forem alcançados e se não atenderem necessidades legítimas. As transformações ocorrem constantemente nas organizações privadas; nas públicas, elas representam uma grande mudança, especialmente nas formas de estrutura, funcionamento e ressignificação dos sentidos atribuídos ao que seja público. Deste modo, as organizações públicas têm repensado seus objetivos e revisado suas estruturas e processos para o alcance do desempenho aspirado. O objetivo é que os órgãos públicos se configurem em um modelo pautado por resultados com ruptura aos padrões gerenciais vigentes. (CAMÕES; PANTOJA; BERGUE, 2010, p.13).

Há um distanciamento entre o que se tem hoje no setor de recursos humanos e o que se almeja. Há, por exemplo, grande necessidade de integração entre os membros dessa coletividade e interlocução entre cada um dos setores da municipalidade. Gerenciar pessoas, assim, é uma tarefa mais complexa do que gerenciar outras frentes, tais como obras. De fato, as transformações substantivas na administração pública perpassam elementos culturais que culminam na geração de um ambiente complexo e desafiador para a gestão de pessoas. (CAMÕES; PANTOJA; BERGUE, 2010, p.163).

Segundo dados do Atlas do Estado Brasileiro, do IPEA, analisados em 2018, nos últimos 20 anos o total de servidores públicos aumentou 83%. O funcionalismo público municipal, por exemplo, representa hoje 57% do total de servidores do país (PORTO, 2019). O número tão alto de agentes envolvidos na atividade pública apresenta-se como tarefa extremamente desafiadora para a área de gestão de pessoas

Certamente, que há uma grande parcela de servidores competentes se sentem envergonhados pela forma pejorativa pelo qual o serviço público ficou conhecido através de associações a atos

de corrupção, ineficiência, comodismo e serviços de baixa qualidade. Como resultado, surgem a desmotivação e baixa autoestima por parte desses servidores que não se veem valorizados.

O aprofundamento na questão dos recursos humanos foi relevante uma vez que permitiu compreender a criação de sistemas de gestão de pessoas aplicados à esfera pública municipal, e, sobretudo, ao servidor municipal, especialmente aqueles que atuam diretamente no atendimento ao cidadão. Em outras palavras, o servidor bem capacitado poderá ser um verdadeiro implementador de políticas e ações, bem como um agente de desenvolvimento, superando as práticas sabidamente engessadas do sistema público.

A literatura especializada sugere que se a organização pública deseja ter profissionais motivados, é necessário permitir a eles a realização de trabalhos que sejam interessantes, desafiadores e valorizados pelos indivíduos. Também evidencia a importância do resgate da bagagem de conhecimentos/experiências do indivíduo, em seu cotidiano e no ambiente de trabalho possibilitando que ele se aproprie dessa bagagem e, ao mesmo tempo, contribua para o autodesenvolvimento e amplie o repertório de respostas às situações que se apresentam em seu dia a dia. (CAMÕES; PANTOJA; BERGUE, 2010, p.55).

É preciso, para além do conhecimento, o aspecto da qualificação para que cada servidor possa exercer sua função com eficácia não esquecendo os elementos de reconhecimento e avaliação, como um termômetro para medir o que está sendo feito, de que maneira e como pode ser melhorado. Atualmente, existem em muitos municípios setores de recursos humanos realizando atividades meramente burocráticas esquecendo-se de que esse setor é parte primordial para o bom funcionamento da organização ao lidar com o elemento humano do espaço.

A falta de diretrizes para as políticas de recursos humanos aliada à falta de informatização possibilita que a área de RH no setor público continue sendo burocrática e respondendo às demandas rotineiras e emergenciais. As atividades estratégicas, como a definição de políticas para contratar, capacitar e remunerar funcionários, entre outras, ficam em segundo plano. (MARCONDI, 1999, p. 3)

Em resposta a essa situação, especialistas em recursos humanos têm defendido uma gestão mais estratégica do tema. Essa defesa é baseada na importância que os funcionários têm para a dinâmica de uma organização e se faz relevante na medida em que promove um papel mais proativo dos gestores públicos, incentivando o planejamento. A base para a gestão estratégica

dos recursos humanos seria, portanto, uma gestão estratégica da própria organização pública, a qual tem início com uma ampla discussão sobre o seu papel para os próximos anos diante das necessidades atuais da sociedade brasileira, incluindo o levantamento da missão, objetivos, macro atividades e metas mais gerais, isto é, a realização de um planejamento estratégico. (MARCONDI, 1999, p. 4)

Assim sendo, algumas etapas necessárias são definidas para a formatação de um modelo de gestão estratégica de recursos humanos. Primeiramente, é importante que esteja claro que o objetivo da política de recursos humanos no setor público corresponde ao alcance do perfil desejado para a força de trabalho e sua atuação de forma motivada e eficiente visando resultados e o atendimento satisfatório ao cidadão. Uma vez que a missão, os principais objetivos e metas da organização sejam conhecidos, é possível estabelecer tal perfil desejado. Esta etapa é conhecida como planejamento da força de trabalho, no qual são definidos, além deste perfil, o quantitativo necessário de servidores e a sua alocação. As políticas de recursos humanos, desenhadas após esta etapa, deverão ser direcionadas para o cumprimento das metas estabelecidas neste planejamento. (MARCONDI, 1999, p. 5)

Bem como qualificação e conhecimento, (des)motivação aparece em alguns trabalhos como sendo uma das barreiras para que ações ou políticas públicas não fossem bem sucedidas. A motivação no ambiente de trabalho é relevante em qualquer instituição que almeja alcançar sua eficácia organizacional, pois determinam a plena satisfação e realização pessoal e profissional do servidor público. Observa-se também, que o reconhecimento e a valorização no trabalho são fatores que promovem satisfação e motivação aos servidores públicos (TEIXEIRA, 2018).

Ainda com relação à motivação dos funcionários, como elemento importante para a gestão de pessoas na esfera pública, buscou-se algumas definições. De acordo com Chiavenato (1999), motivação é tudo aquilo que impulsiona a pessoa a agir de determinada forma ou, pelo menos, que dá origem a uma propensão a um comportamento específico. Robbins (2009) define motivação “como um processo responsável pela intensidade, direção e persistência dos esforços de uma pessoa para o alcance de uma determinada meta” e Marras (2000) afirma que “a motivação é a força motriz que alavanca as pessoas a buscarem a satisfação”.

A administração pública está sendo pressionada de modo a atender as demandas do cidadão com efetividade. Isso significa que tais frentes devem utilizar seus recursos de modo racional, com capacidade de atingir resultados melhores e com assertividade para atingir objetivos e metas previamente definidos. Para que esses valores sejam incorporados ao cotidiano da gestão

pública são necessários servidores qualificados com domínio técnico e sólidas habilidades humanas e gerenciais. No entanto, raras são as administrações públicas municipais que conseguem criar estratégias eficazes de qualificação de seu corpo funcional.

Sabe-se ainda que o servidor público municipal, individualmente, encontra grandes dificuldades para se desenvolver profissionalmente na busca pela adequação dos seus serviços às novas exigências da sociedade civil (APPUGLIESE, 2010).

A sociedade possui uma expectativa bastante heterogênea em relação à gestão pública. Atender à essas expectativas requer capacidade para mapear e administrar as competências e os conhecimentos organizacionais. Contudo, faz-se necessário perceber as particularidades da gestão de pessoas em uma organização pública, pois esta requer, em sua formulação, respeito às exigências da legalidade ao pleno exercício da cidadania e aos princípios de igualdade de acesso e continuidade dos serviços públicos.

O termo gestão pode, ainda, ser compreendido como sinônimo de administração. Administrar, por sua vez, constitui um processo complexo com diversas definições possíveis. Uma delas, talvez a mais simples, é “executar de forma contínua e virtuosa o processo administrativo” (BERGUE, 2007, p. 17). Nesse sentido, administrar é o mesmo que ministrar, governar ou reger negócios particulares ou públicos buscando o lucro ou atendendo as necessidades da sociedade civil. Segundo Meirelles (2004, p. 84), “em sentido lato, administrar é gerir interesses, segundo a lei, a moral e a finalidade dos bens entregues à guarda e conservação alheias”. Deste modo, “Administração Pública é a gestão de bens e interesses qualificados da comunidade no âmbito federal, estadual ou municipal, segundo os preceitos do Direito e da Moral, visando o bem comum.” (MEIRELLES, 2000, p.78).

A administração pública, tal como qualquer organização, gera produtos considerados bens e serviços; neste caso, disponibilizados à população. Quando estes e os interesses à sua volta são da ou para a coletividade, a administração torna-se pública visando o bem comum. Ainda segundo Meirelles (2003, p. 78-79), a administração pública se define como todo “o aparelho de Estado preordenado à realização de seus serviços, visando a satisfação das necessidades coletivas”.

A administração é o instrumento de que o Estado dispõe para realizar suas políticas de governo. A modernização da administração pública é o processo contínuo no qual modelos são constantemente implantados na expectativa de que a estrutura governamental possa atender de

forma eficiente e eficaz as demandas sociais. Di Pietro (2003) aborda a administração pública sob três características:

Sob o aspecto subjetivo, a Administração Pública é o conjunto de órgãos e pessoas jurídicas; sob o aspecto objetivo, compreende as atividades do Estado destinadas à satisfação concreta e imediata dos interesses públicos; e, sob o aspecto formal, é a manifestação do poder público decomposta em atos jurídico-administrativos dotados da propriedade da auto executoriedade, ainda que de caráter provisório. (DI PIETRO, 2003, p. 26).

A administração pública abrange o conjunto das pessoas, bem como os órgãos que exercem atividades administrativas, atendendo sempre o interesse coletivo. Meirelles (2004) faz a seguinte afirmação acerca do conceito de administração:

Em sentido formal, a Administração Pública, é o conjunto de órgãos instituídos para consecução dos objetivos do Governo; em sentido material, é o conjunto das funções necessárias aos serviços públicos em geral; em acepção operacional, é o desempenho perene e sistemático, legal e técnico, dos serviços do próprio Estado ou por ele assumidos em benefício da coletividade. Numa visão global, a Administração Pública é, pois, todo o aparelhamento do Estado preordenado à realização de seus serviços, visando à satisfação das necessidades coletivas. (MEIRELLES, 2004, p. 64)

Na administração pública há o emprego do princípio da legalidade, isto significa que não há espaço para liberdade nem vontade pessoal; é permitido fazer somente o que está previsto em lei. Com a Constituição de 1988, ficaram definidas as atribuições pertinentes à União, aos estados e aos municípios, bem como os princípios que passaram a reger a administração pública.

A Constituição Federal de 1988, em seu Artigo 37, aborda a administração pública:

“Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência” (BRASIL, 1988).

Tais princípios devem nortear a atividade dos administradores públicos e dos demais servidores, trazendo para o campo do pragmatismo as exigências e anseios da coletividade.

O princípio da legalidade exige o cumprimento da lei no exercício de todas as suas funções públicas de acordo com os preceitos da Constituição de 1988. O princípio da impessoalidade impõe que toda a atuação deve objetivar o interesse público sem que haja práticas administrativas visando interesses particulares. O princípio da moralidade exige a aplicação de ética e justiça em todas as ações da administração pública. O princípio da publicidade consiste na divulgação em caráter oficial de todos os atos administrativos e seus efeitos para o

conhecimento do público, sendo publicados nos Diários Oficiais, podendo ser divulgado pela imprensa para toda a sociedade. É permitido o sigilo apenas em casos referentes à segurança nacional e investigações policiais no decorrer de seu processo. Por fim, o princípio da eficiência exige que a atividade administrativa seja exercida de forma ética, com qualidade e objetivando resultados positivos no atendimento ao público e as necessidades da sociedade.

Todos os princípios do Art. 37 buscam uma gestão mais transparente e profissional, com ações que visam o pleno atendimento das demandas, anseios e necessidades da sociedade. Deste modo, independentemente de uma administração pública direta ou indireta, ela precisa se orientar pelos princípios constitucionais, cumprindo, assim, a função para a qual foi criada.

A fim de atingir o objetivo proposto, a seção seguinte aborda o tema Políticas Públicas.

3. POLÍTICAS PÚBLICAS

Atualmente, existem diversas definições para políticas públicas, uma vez que este não é um conceito que se autodefine (SOUZA, 2007). Contudo, todas as definições apresentam em comum a decisão e a ação sobre uma questão pública por meio de um ator governamental. Na maior parte das vezes, essas questões giram em torno da resolução de problemas de interesse público ou da exploração de uma oportunidade. A formulação das políticas públicas consiste, frequentemente, em um processo político que visa atender os objetivos dos seus diferentes atores com relação à ação do Estado.

Reis e Moura (1989) definem políticas públicas como a tradução técnico-racional de soluções específicas do jogo de interesses políticos. Dye (1995) as define como o Estado em ação, aquilo que o governo escolhe fazer ou não. Kerstenetzky (2006) utiliza o conceito de programas e ações desenvolvidas direta ou indiretamente pelo Estado com vistas ao interesse público. Macolmes (2012), por sua vez, utiliza a definição de Saravia (2006, p. 29) sobre a qual o presente estudo se apoia ao estudar políticas públicas:

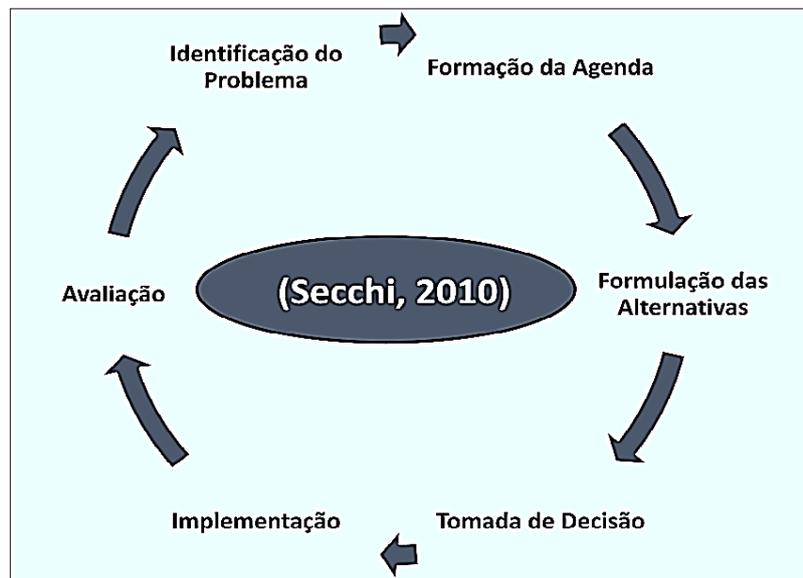
Com uma perspectiva mais operacional, poderíamos dizer que ela é um sistema de decisões públicas que visa ações e omissões, preventivas ou corretivas, destinadas a manter ou modificar a realidade, de um ou vários setores da vida social, por meio da definição de objetivos e estratégias de atuação e da alocação dos recursos necessários para atingir os objetivos estabelecidos.

Mesmo que as políticas públicas nem sempre encontrem correspondência nas normas constitucionais, elas não podem ferir esses preceitos sendo, sob muitos aspectos, o braço executivo de direitos expressos na Constituição (KERTENETZKY, 2006). Normalmente, os objetivos aos quais se destinam as políticas públicas são derivados de uma agenda governamental, a qual determina quais assuntos entram ou não em pauta na gestão. De maneira geral, no campo teórico, o processo de formulação de uma política pública inclui quatro passos:

- a) estabelecimento da agenda;
- b) definição de alternativas;
- c) escolha final entre alternativas específicas;
- d) implementação da decisão.

A melhor definição para agenda “é aquela que se volta para temas ou problemas (e não para soluções) que são alvos de ação por parte das autoridades em um dado momento” (ROCHA, 2012, p. 16). A figura 3 ilustra o chamado ciclo de políticas públicas com suas diferentes etapas:

Figura 6 Esquema Referente ao Ciclo de Políticas Públicas.



Fonte: SECCHI, 2010.

Celina Souza (2006) afirma que a literatura está centrada, principalmente nos argumentos teóricos de como são construídas as decisões e, também, nos assuntos que serão debatidos na esfera pública. A pergunta frequentemente encontrada é: Por que algumas questões entram na agenda e outras são ignoradas?

Mario Fuks (2000) afirma que a existência de um problema não significa que haja automaticamente o reconhecimento de que se trata de um problema digno de atenção social e governamental. É preciso que os atores tomadores de decisão o reconheçam como relevante e requeiram intervenção. Dois principais elementos para torná-lo um objeto alvo de mudança são os *meios* e a *forma de definição*. O primeiro, se refere aos indicadores, eventos foco, “*feedbacks*” pelos quais os atores tomam conhecimento das situações. O segundo, é referente ao meio de caracterizar o assunto crítico. As autoridades podem considerar um assunto alvo de agenda governamental quando este ameaça valores importantes em um determinado contexto, ou por meio de comparações com outros contextos. Independentemente do reconhecimento de um problema ou da existência de propostas, os eventos políticos fluem de acordo com a dinâmica e regras próprias que influenciam a entrada (ou o bloqueio) de temas na agenda, tais como: mudanças de governo, eleições, negociações, oportunidades etc. Neste processo é possível identificar os atores visíveis e os invisíveis, também chamados de periféricos.

Recentemente, foi notado um aumento de novos atores participando do processo político: mídias sociais, movimentos organizados etc. (SECCHI, 2010). Os processos de formulação e

implementação de políticas públicas são alvos de contestações por parte de alguns autores, tais como Farah (2001), Frey (2009), entre outros. Eles defendem que, na maioria das vezes, os atores responsáveis pela formulação e pela implementação das políticas públicas não são os mesmos. Além disso, diferentes atores podem enxergar a realidade de forma distinta de quem decide o que será feito.

Um exemplo disso foi descrito no trabalho de Isabela Cardoso de Matos Pinto e Carmen Fontes Teixeira (2011). As autoras acompanharam o processo de formulação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, desenvolvido na Secretaria Estadual de Saúde da Bahia. Um dos problemas encontrados foi o conflito de interesses entre atores com papéis estratégicos e operacionais:

A maioria desses conflitos opunha atores que tinham visão mais estratégica, voltada ao levantamento de problemas estruturais na área de recursos humanos no SUS, a dirigentes mais "pragmáticos", preocupados com o atendimento de demandas de curto prazo. (PINTO; TEIXEIRA, 2011, p.1782).

Farah (2001) apontou algumas características das políticas públicas promovidas no Brasil até a década de 1980. Alguns aspectos, é certo, se desenvolveram e se atualizaram, respondendo às demandas que existem atualmente. Outros, entretanto, permanecem inalterados. São exemplos:

- a) Centralização decisória e financeira na esfera federal, cabendo aos estados e municípios - quando estes estão envolvidos em uma política específica - o papel de executores das políticas formuladas centralmente. Atualmente, sobretudo nos processos de formulação de políticas, esse cenário encontra-se parcialmente transformado no sentido de maior participação das esferas estaduais e municipais;
- b) Fragmentação institucional, melhor dizendo, desordem em função da criação de novos órgãos e agências que estão hierarquicamente sobrepostos às estruturas pré-existentes, sem coordenação entre si. Essa desarticulação ocorre até hoje, tanto no âmbito de um mesmo nível de governo como entre diferentes esferas. Isso compromete a eficiência e efetividade das políticas públicas;
- c) Caráter setorial das políticas públicas, representado pelas estruturas especializadas em cada área de atuação governamental, por exemplo: educação, saúde, habitação, transportes etc. Disso decorre perda de potenciais efeitos positivos de ações coordenadas dirigidas a um mesmo público-alvo e comprometimento de algumas políticas públicas pela inexistência de serviços complementares de outros setores. Por exemplo, ações na área de habitação que não foram acompanhadas, no curto e médio prazo, por ações de infraestrutura e equipamentos coletivos.

Deste modo, analisar a implementação de políticas públicas significa, inevitavelmente, considerar os desafios das transformações das ações governamentais envolvendo um conjunto, cada vez mais, diversificado de atores em processos de interação que estão pautados por regras formais e informais.

3.1 Implementação de políticas públicas

No debate brasileiro são diversos os autores que assinalam a proximidade entre as agendas de pesquisas sobre políticas públicas e governamentais (Melo, 1999; Souza, 2006; Marques, 2013). Segundo Faria (2003), o magnetismo dos processos decisórios minimiza temas e tópicos relevantes, tais como os desafios da implementação de políticas públicas, o entendimento das causas e consequências da falta de determinados temas na agenda de compromissos, entre outros.

O debate sobre políticas públicas voltadas para a saúde possui grande abrangência e, conforme notaram Hill e Hupe (2009), a articulação entre as agendas se deve a alguns fatores, dentre eles:

- a) O fenômeno da implementação é objeto de preocupação interna e externamente ao ambiente acadêmico mesmo antes da implementação a ser cunhada;
- b) O termo *implementação* é empregado em diferentes contextos e por autores de formação heterogênea;
- c) Os especialistas em administração pública e áreas afins abordam abundantemente o assunto mesmo quando não empregam o termo, especificamente;
- d) A implementação assume, necessariamente, diversas formas e conteúdos em diferentes culturas e contextos institucionais.

A primeira geração de estudos de Implementação data do início da década de 1970, sendo que temas como Ciência da Administração, Teoria Organizacional e Avaliação de Políticas Públicas, já eram anteriormente estudados por outras disciplinas (MOTA, 2020). Neste período, os estudos sobre o tema foram marcados pela perspectiva da “fracassomania”, ou seja, pela preocupação em compreender as razões pelas quais as ações efetivamente colocadas em prática pelos governos eram distintas daquelas que haviam sido planejadas - tais perspectivas são encontradas nos estudos de Faria (2012) e Lotta (2012).

Segundo Arretche (2001), é ingênuo esperar que não exista divergência entre as ideias de formulação e implementação de políticas públicas. Se considerar que a implementação é capaz de provocar uma cadeia de transformações (quase sempre realizadas por atores distintos

daqueles envolvidos com a formulação da política), mais proveitoso torna-se o estudo dos motivos e das consequências dessas transformações.

Desde então, a ideia de “fracassomania” não é mais quem dita o norte dos estudos brasileiros. Se ainda predominam pesquisas de casos setoriais e se ainda são relativamente escassos os estudos quantitativos – considerando o grande número de casos ou análises comparativas – é possível afirmar que houve grande avanço analítico e empírico.

De acordo com um balanço realizado por Menicucci (2018) a respeito de todo o campo de análise de políticas públicas no Brasil, não é mais possível endossar os diagnósticos¹ que sublinham a baixa institucionalidade do campo, até os anos 1990, ou a baixa acumulação de conhecimentos². Atualmente existe mais diálogo entre a literatura nacional e a produção internacional, além de maior refinamento de modelos analíticos e desenvolvimento de estudos empíricos teoricamente informados.

A inexistência de uma teoria geral da implementação não significa, portanto, que este é um campo desprovido de abordagens analíticas com contornos relativamente definidos. Analisando a evolução dos estudos de políticas públicas nos Estados Unidos, Sabatier (1993) pôde identificar toda uma primeira geração de estudiosos com uma visão notavelmente pessimista sobre a capacidade governamental para a implementação de políticas.

Estudos comparativos que surgiram na sequência continuavam compartilhando com os pioneiros a perspectiva “*top-down*” (Sabatier, 1993). Esse tipo de abordagem caracterizava-se por privilegiar processos decisórios de alto nível, cristalizados em normativos (leis e outros arranjos formais do desenho da política), que seriam a principal baliza para acompanhar os desdobramentos da sua implementação de cima para baixo (WINTER, 2006). Nessa perspectiva, buscava-se separar claramente as dimensões da política, no âmbito legítimo para a tomada de decisões e a técnica.

Conforme observa Winter (2006), as primeiras análises centravam-se em estudos de caso exploratórios e indutivos visando a produção teórica. No entanto, focava em poucas variáveis analíticas. O ponto central dos estudos era entender como os objetivos formulados poderiam ser alcançados, sendo a implementação analisada como barreira explicativa.

¹ Diagnóstico de baixa institucionalidade, como visto em Melo, 1999.

² Diagnóstico de baixa acumulação de conhecimento, como visto em Souza, 2006.

No trabalho de Pressman e Wildavsky (1984), o foco recaía na análise da complexidade da ação coletiva implicada no problema de implementação (multiplicidade de atores com distintas perspectivas e prioridades, multiplicidade de arenas decisórias e pontos de veto). Outro exemplo clássico desse período é o trabalho de Eugene Bardach, por meio do qual a implementação era vista como continuação do conflito político estabelecido na formulação, com ênfase aos efeitos dos jogos de implementação na distorção dos objetivos legislativos (BARDACH, 1977),

Hill (2006, p. 183) aponta críticas relacionadas a três dimensões centrais da implementação, sendo elas:

- a) Natureza da política pública: políticas podem ser ambíguas, complexas, obscuras; podem ser formuladas com objetivos simbólicos, sem intenção efetiva de implementação. Elas envolvem compromissos entre interesses conflitantes e que podem se alterar ao longo do tempo;
- b) Inter-relação entre formulação e implementação: é muito difícil determinar onde termina a formulação e começa a implementação, pois há uma série de decisões e transformações que acontecem na prática da política;
- c) Perspectiva normativa: implícita em muitas abordagens; em síntese, é insuficiente e equivocado abordar a implementação como a etapa que sucede a clara definição de objetivos de uma determinada política.

A partir dessas críticas desenvolveu-se, no início dos anos 1980, uma nova perspectiva que considerou a vasta gama de atores que interagem no nível local em torno de um problema específico. Nesse tipo de estudo, o foco recai sobre os processos locais de implementação, na base das cadeias hierárquicas, nos contextos de entrega das políticas, serviços e benefícios para cidadãos ou organizações, com destaque especial para a chamada burocracia de linha de frente ou “street-level bureaucracy” (SABATIER, 1993; WINTER, 2006). Nessa nova abordagem, ganha centralidade o mapeamento de redes de relações e de estruturas formais e informais que se desenvolvem em torno de um determinado problema, por vezes tomando como ponto de partida o desenho oficial da política ou ignorando por completo as decisões de topo, dada a ênfase às cadeias de transformação e decisão implicadas no cotidiano das políticas. Há, portanto, menor pressuposição das cadeias causais, das relações hierárquicas entre os atores e as agências envolvidas em uma política, sendo o principal objetivo analítico entender como a implementação ocorre de fato; se contrapondo, portanto, à abordagem que enfatiza como esta deve ser controlada (HILL, 2006).

3.2 Os implementadores de políticas públicas: burocratas de nível de rua

Dentre os estudos que ressaltam o papel dos atores envolvidos na implementação, faz-se necessário referenciar o trabalho de Michael Lipsky (1980). Em contribuição central para os estudos na área, o intelectual analisou atores diretamente envolvidos com a entrega de serviços públicos – policiais, assistentes sociais, professores e atendentes do serviço de saúde, entre outros –, caracterizando-os como “burocratas de nível da rua” ou *street level bureaucrats*, atores localizados na ponta final da cadeia de execução.

Na área da saúde, os trabalhos de Lotta (2010, 2012, 2018) trouxeram à discussão o papel dos “burocratas de nível de rua” na área da saúde, por exemplo.

Esses funcionários que interagem diretamente com o público, estão limitados por recursos escassos, atuando em meio a estímulos contraditórios: por um lado, pressionados pelo governo para seguir as normas das políticas definidas de forma impessoal, por outro, o desejo da população que visa obter tratamento mais personalizado.

A ação discricionária desses burocratas determina como se dará o acesso aos bens e serviços governamentais, uma vez que acabam reformulando a própria política no processo de implementação. Isso porque esses burocratas fazem escolhas de natureza “alocativa”, ou seja, eles adaptam critérios de inclusão e julgam as situações em questão a partir de seus próprios valores e referenciais, e não a partir das regras previamente definidas, fazendo com que suas ações individuais se tornem o comportamento da agência à qual respondem e representam Lipsky (1980).

Explorar questões relacionadas à análise de políticas públicas e sua elaboração requer certa descrição do seu percurso percorrido, desde sua concepção até sua execução, processo conhecido como Ciclo de Políticas Públicas. Tal processo envolve determinadas etapas ou estágios que podem se dar em quatro ou mais fases (SECCHI, 2011):

A primeira etapa, montagem da agenda, diz respeito ao levantamento e seleção das prioridades. Dada à escassez de recursos em relação à grande demanda, torna-se impossível atender de uma só vez todos os problemas existentes na sociedade. Para Howlett et al (2013), talvez este seja o mais crítico dos estágios do ciclo de uma política pública, vista a forma como os problemas surgem. Nesse estágio que se estabelece uma sequência de problemas relevantes para a sociedade, considerando a emergência para definir quais delas serão atendidas.

O segundo estágio constitui o processo de formulação de políticas no qual são apresentadas as soluções e alternativas para os problemas inseridos na agenda.

A formulação, portanto, envolve a identificação e a determinação das possíveis soluções para os problemas políticos ou, para dizê-lo de outra maneira, a exploração das várias opções ou cursos alternativos de ação disponíveis para enfrentá-los. As propostas podem surgir no próprio processo de montagem da agenda na medida em que o problema e sua respectiva solução chegam juntos à agenda do governo. (HOWLETT et al. 2013, p. 123).

Faz-se necessário neste momento adotar cautela, uma vez que a escolha das alternativas deve considerar sua viabilidade financeira, legal e política, bem como os riscos trazidos por elas. Deste modo, deve-se optar pela alternativa mais conveniente ao atendimento do problema (HOWLETT et al., 2013).

A tomada de decisão é o terceiro estágio em que as opções debatidas e examinadas durante os dois estágios anteriores do ciclo político são aprovadas ou não de acordo com o curso oficial de ação (HOWLETT et al., 2013). Em outras palavras, é o momento mais político de todo o ciclo, na medida em que as soluções criadas para determinado problema serão, de certo modo, reduzidas e preparadas para uso. Alguns modelos foram elaborados para ajudar a descrever, conceituar e avaliar a tomada de decisão.

O estágio final, o de implementação, se define pelo momento em que as decisões tomadas são executadas. Nessa etapa, destacam-se dois modelos teóricos: o “*top-down*” (de cima para baixo) relacionado ao modelo centralizado que estabelece hierarquia nas ações com aplicação que parte do governo para a sociedade; e o segundo, o “*bottom-up*” (de baixo para cima) que é um modelo descentralizado com aplicação que vai da sociedade para o governo. No modelo “*top-down*” poucos funcionários participam das decisões e das formas de implementação. No modelo “*bottom-up*” os favorecidos pelas políticas são chamados para participar do processo.

A avaliação é a etapa em que ocorre o processo de levantamento de informações e análise do programa adotado. É nesse estágio que se determina como uma política está funcionando na prática. Tal ação possibilita a análise dos impactos, sua eficiência e eficácia. Normalmente, elas se dividem em cinco espécies diferentes: avaliação de processo, avaliação de esforço, avaliação de desempenho, avaliação de eficiência e avaliação de eficácia (SUCHMAN, 1967; HOWLETT et al., 2013).

De acordo com Dias e Matos (2012, p. 64) as fases são separadas para facilitar a compreensão de todo processo em que as tomadas de decisão são organizadas, mas elas acontecem

simultaneamente e, não como um ciclo linear, sendo um processo marcado pelas interações recíprocas.

Faria (2012) justifica o estudo da implementação, entre outros fatores, pela necessidade de se maximizar o impacto do gasto público e monitorar o comportamento dos agentes mobilizados para a implementação a fim de produzir informações essenciais para que políticas futuras possam ser mais exitosas. Apesar da importância de estudos relativos à implementação nem sempre esse tema recebeu a devida atenção, pois os estudos são escassos até a década de 1970.

Em análise feita sobre a perspectiva “*top-down*”, a análise se atentou, inicialmente, aos documentos que formalizam os detalhes da política pública (objetivos, elementos punitivos ou de recompensa, delimitações do grupo de destinatários etc.) e, posteriormente, verificar em campo suas falhas.

Já a análise feita sobre a perspectiva “*bottom-up*” partiu da observação empírica de como a política pública vem sendo aplicada na prática, como as estratégias dos implementadores, os problemas e obstáculos práticos entendem os porquês e buscam compreender como o processo de elaboração da política pública chegou a imprecisões prescritivas (SECCHI, 2013). Em suma, os modelos se diferenciam no foco de análise, enquanto o modelo “*top-down*” centra-se nas normas e nos planos o “*bottom-up*” tem seu foco nos atores e suas ações.

O modelo “*top-down*” faz referência às abordagens dos processos de decisão e à teoria da organização possuindo como principal referência Pressman e Wildavsky (1973). Os problemas relacionados à implementação são identificados como problemas de controle e de coordenação. Sendo assim, sugere-se que não deve haver grande discricionariedade e autonomia por parte dos “burocratas de nível da rua”. Além disso, o modelo teórico afirma existir separação entre a formulação e implementação, assim, a responsabilidade por falhas não é direcionada ao implementador deixando-o isento de culpabilidade. Logo, a discussão sobre burocracia se restringe à sua qualidade e aos incentivos para uma boa implementação.

De acordo com Rua (2013, p. 96) o modelo “*top-down*” aponta a relação de causa entre as políticas públicas e seus efeitos. Ele acredita que os impactos das ações dos implementadores nos produtos das políticas sejam pouco expressivos. Por conseguinte, o resultado das políticas públicas não depende das ações da burocracia, porém de outros fatores próprios da sua concepção, das instituições, da autoridade e do contexto político. O que importa é a política pública possuir uma teoria causal explicativa adequada e objetivos claros. A implementação

seria despolitizada, marcada apenas pela atividade técnica, operacional e de natureza executiva, não deliberativa. Contudo, esse modelo admite a presença de “déficits de implementação” quando a implementação é insuficiente, pois as normas jurídicas aprovadas pelo Poder Legislativo não são executadas por completo pelo executivo.

Apesar da tentativa dos “*top-downers*” em evidenciar fatores que possam explicar a implementação de uma política pública, alguns autores compreendem esse modelo com certas limitações, consideram-no analiticamente fraco. Para esses autores trata-se de teorias que sempre começam com os tomadores de decisão negligenciando os demais atores, outras iniciativas estratégicas vindas do setor privado, dos implementadores oficiais locais ou dos burocratas no chamado “*street level*”.

O modelo “*top-down*” não é aplicável em situações nas quais não há uma política ou agência dominante, mas múltiplas diretivas e atores governamentais que agem em contextos em que nenhum deles é dominante. A distinção analítica entre formulação e implementação de política também não leva em conta o fato de que algumas organizações se encontram envolvidas nas duas etapas e que os implementadores oficiais e grupos-alvo quase sempre ignoram os legisladores ou administradores centrais e tratam diretamente entre si. Nesse caso, segundo Sabatier (1986), o que se tem é um processo de ação e reação entre atores e organizações e não a separação entre decisões políticas e implementação (SIMAN, 2005, p. 57).

Compreender as limitações do modelo “*top-down*” levou alguns pesquisadores, tal como Lipsky (1980), adotar outra perspectiva, a “*bottom-up*”, em que se considera a efetiva participação dos chamados “burocratas de nível da rua” na execução das políticas públicas.

As pesquisas feitas sobre tal perspectiva evidenciaram “que o sucesso ou o insucesso de muitos programas com frequência dependiam do comprometimento e das habilidades dos atores diretamente envolvidos em sua implementação” (LIPISKY, 1980). Esse modelo pressupõe que a implementação seja resultado das ações de uma rede de atores sobre um determinado tema. No dia a dia, os atores começam a desenvolver, individualmente, certas ações para resolver os problemas que surgem no cotidiano. Em seguida, tais ações são institucionalizadas e encaminhadas para os órgãos superiores na hierarquia governamental até serem transformadas em uma política pública.

Para Rua (2013, p. 97), “o foco de estudos da abordagem recai sobre a rede de atores envolvidos nas atividades da política pública em uma ou mais áreas locais, com suas metas, estratégias,

atividades e contatos”. De acordo com Hill (2006), na perspectiva “*bottom-up*” a realidade não se refere a um controle imperfeito, mas às ações como processo contínuo de interação, com políticas passíveis de mudanças; uma estrutura complexa de interações e um mundo externo que condiciona a implementação.

Conforme descrito acima, profissionais da linha de frente podem ser chamados de burocratas de nível de rua por serem eles os responsáveis por darem o “tom” da política no momento de esta ser colocada em prática. Apesar de sua relevância nos processos de implementação de políticas públicas, neste trabalho, os profissionais de saúde serão considerados apenas profissionais de saúde, sem o título de burocratas de nível de rua em função da análise dos resultados posterior não ocorrer sobre a luz da teoria dos burocratas.

4 POLÍTICAS PÚBLICAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

O capítulo anterior abordou o ciclo e a implementação de políticas públicas em suas diferentes etapas. O presente capítulo apresenta uma discussão teórica a respeito do cenário atual das políticas públicas municipais de saúde. Porém, antes de dar início a esta análise, cabe apresentar a influência internacional sobre as políticas de saúde no país, a fim de compreender de que forma se construiu o contexto que existe hoje.

4.1 Contexto Internacional De Políticas Públicas De Saúde

Existem basicamente dois padrões de políticas públicas sociais. O primeiro, diz respeito aos programas e ações do governo que visam reduzir situações de pobreza, privação ou vulnerabilidade. O segundo está relacionado às ações e programas para a solução de questões sociais, intervenções em assistência, previdência, mercado de trabalho, educação e saúde (KERSTENETZKY, 2006)

No contexto internacional, a chamada Grande Depressão, iniciou-se na Inglaterra um processo de materialização dos direitos sociais, ampliando proteção à população por meio do uso de impostos gerais. Daí nasceu o que se convencionou chamar de seguridade social, na qual toda a sociedade colabora para reduzir a vulnerabilidade de seus membros, seja por doença, envelhecimento, desemprego e outros. Essa seguridade manifestou-se não somente na forma de benefícios monetários como também por meio da oferta de serviços, entre os quais, a saúde. Esse cenário foi marcado pela ação de partidos e coalizões trabalhistas e sociais-democratas, promovendo intensa atividade sindical (KERTENETZKY, 2006).

Nesse contexto também houve o aumento das populações e a necessidade de preservá-las para trabalharem como mão de obra em diversos setores da indústria em um processo de retomada da economia mundial após severas destruições produzidas durante o período de guerras. Assim, surgiu o desenvolvimento de um novo conjunto de funções do Estado Moderno que recebeu o nome de “*welfare state*” (VECINA NETO; MALIK, 2011).

Os serviços nacionais de saúde adotam como modelo bem-sucedido o caso da Inglaterra que utiliza um modelo universal (NHS – *National Health Service*), dos anos 1940, com forte regulação do Estado no qual o financiamento da saúde ocorre por intermédio do orçamento público proveniente de tributos (TANAKA; OLIVEIRA, 2007). Trata-se de um sistema eficiente, em termos de custos e qualidade, porém com acessibilidade controlada. Nesse

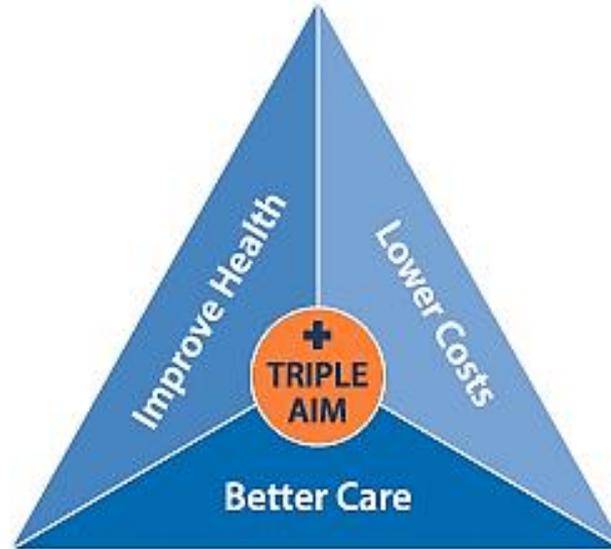
modelo existem barreiras que filtram o fluxo de pacientes direcionando-os para médicos generalistas (GPs, *general practitioners*) que observam com atenção procedimentos e recomendação de especialistas. Foi o sistema que inspirou grande parte do que há hoje no Brasil em termos do Sistema Nacional de Saúde (SUS) como os princípios de integralidade, equidade e universalidade.

Nas últimas décadas do século XX e primeiros anos do século XXI, houve no mundo notável crescimento econômico e novos paradigmas tecnológicos. Contudo, também houve aumento das desigualdades sociais, demográficas e novas organizações familiares concebendo um novo modelo de risco social em sociedades pós-industriais. À vista disso, surge o seguinte questionamento: as políticas sociais ainda têm lugar no Estado Moderno? Apesar do aumento anual dos gastos com tais políticas, a literatura afirma que esse lugar está garantido e, ocupando cada vez mais espaço, em função das grandes demandas (KERTENETZKY, 2006).

Especificamente no setor da saúde, novos conhecimentos foram divulgados e incorporados aos existentes possibilitando, progressivamente, que a prática de saúde pública se estruturasse como função fundamental do Estado Moderno tanto no campo da prevenção, quanto da recuperação (VECINA NETO; MALIK, 2011).

Ainda sob a perspectiva de diferentes sistemas de saúde no mundo e as dificuldades encontradas em países desenvolvidos, como os Estados Unidos, cujos sistemas obtiveram pouco sucesso, Gawande (2015) afirma que os países que têm conseguido melhores resultados não têm sido os que mais gastam. Na verdade, muitos desses melhores resultados estão em localidades com maior economia de gastos. A título de exemplo, o conceito do “Triple Aim” foi proposto, na década de 90 (e divulgado academicamente a partir de 2008) pelo “*Institute for Healthcare Improvement (IHI)*” nos Estados Unidos, como uma meta tripla de otimização de performance dos sistemas de saúde: saúde da população, o custo e o tratamento, conforme ilustra a Figura 4.

Figura 7 Ilustração dos Elementos do “Triple Aim”.



Fonte: Berwick (2008).

As três metas (melhora da experiência nos cuidados; melhora da saúde populacional e redução do custo *per capita* com saúde) estão relacionadas entre si e são influenciadas, positiva ou negativamente pelas demais. De acordo com Berwick et al (2008), tais objetivos são almejados por várias organizações de saúde ao redor do mundo.

O conceito “*Triple Aim*” surgiu para organizar e sistematizar esses objetivos de forma equilibrada auxiliando as organizações por meio da assistência segura, efetiva e adequada a todos os pacientes; auxilia na melhoria da saúde da população enfocando a prevenção e o bem-estar diminuindo o custo *per capita* de gastos nesta área a médio e longo prazo (BISOGNANO; KENNEY, 2012).

A partir de 2008, apesar do conceito ter sido aprofundado no campo acadêmico e das instituições de saúde (BERWICK; NOLAN; WHITTINGTON, 2008; BISOGNANO; KENNEY; 2012), ainda não há interesse imediato das instituições americanas de implementarem os três objetivos de forma simultânea porque a busca vai contra o “*status quo*” do sistema de saúde estadunidense no qual os prestadores recebem mais incentivos conforme maior a quantidade de atendimentos realizados (BISOGNANO e KENNEY 2012), caracterizando o modelo chamado *fee for service*. Sendo assim, as operadoras buscam a redução da sinistralidade, ou seja, o corpo clínico diminui a permanência dos pacientes, uma vez que não possuem poder de ação sobre a sua saúde nem sobre o sistema.

Portanto, evidencia-se que há um desalinhamento de interesses. A situação descrita não se restringe à realidade dos Estados Unidos, porém serve como exemplo de que as políticas

nacionais de saúde pelo mundo, inclusive no Brasil, ainda não encontraram um modelo ideal que seja, simultaneamente, eficiente, efetivo, de baixo custo e atenda às necessidades da população com relação ao cuidado médico necessário. Na Inglaterra, durante a reforma do sistema NHS, Margareth Thatcher afirmou que a busca por equidade e eficiência simultaneamente era inviável, e que, portanto, uma opção entre um dos caminhos deveria ser feita (FILIPPON et al, 2016).

4.2 Influências Nacionais.

Observando o percurso percorrido pelo Brasil, no que se refere ao desenvolvimento das políticas sociais de saúde, nota-se o início dos seguros coletivos, em 1930. Ao longo das décadas de 1950 e 1960, chega a influência dos traços do universalismo britânico (BRAVO, 2006). A criação de vários institutos de previdência resultou, em 1966, na criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e mais tarde no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). A previdência tornou-se a maior compradora de serviços de assistência médica privada, possibilitando o crescimento e a expansão do setor privado de saúde no Brasil. Neste momento, somente trabalhadores portadores de carteira de trabalho assinada possuíam direito à assistência médica (NUNES, 2000).

O movimento da reforma sanitária ganhou força, nos anos 80, e a saúde passou a ser considerada como resultado de diferentes políticas sociais que incluíam a garantia à moradia, emprego, alimentação, educação, saneamento básico e qualidade do meio ambiente. Assim, a Constituição Federal de 1988 e as leis orgânicas da saúde, Lei Federal 8.080 e Lei 8.142, ambas de 1990, incorporaram as recomendações e reivindicações do movimento da reforma sanitária. Neste contexto, a saúde passou a ser um direito, compondo o sistema de seguridade social. Em 1988, como resultado de todo o processo desenvolvido ao longo de duas décadas, cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS), determinando que a saúde seja direito de todos e dever do Estado (VECINA NETO; MALIK, 2011).

O modelo de seguridade social previsto na Constituição imprimiu mudanças importantes na política social brasileira. Após 1988, essa política deixou de basear na ideia de seguro social fundado no trabalho e passou a ter como base a noção de direito de cidadania. O acesso universal às áreas de saúde e assistência social foi uma das primeiras consequências do novo modelo (LOBATO; FLEURY, 2009).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde³ (CONASS) elaborou uma publicação, em 2009, mencionando a área da saúde como uma das mais beneficiadas com a nova Constituição. O movimento social que alcançou a inscrição do direito à saúde mobilizou ampla gama de agentes envolvendo especialistas, acadêmicos, sindicalistas, movimentos de bairro, associações de moradores, políticos, profissionais de saúde; todos em torno da reivindicação da saúde como direito universal.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi um dos momentos mais importantes na definição do Sistema Único de Saúde (SUS) e abordou três assuntos principais: ‘A saúde como dever do Estado e direito do cidadão’, ‘A reformulação do Sistema Nacional de Saúde’ e ‘O financiamento setorial’. No 13º encontro, em 2007, incluiu-se na discussão o tema qualidade de vida. Daí em diante, até a última, 16ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 04 a 07 de agosto de 2019, basicamente foram abordadas questões relativas ao SUS na Seguridade Social, Políticas Públicas e Saúde Pública de Qualidade (VECINA NETO; MALIK, 2011; FIOCRUZ, 2018).

As Conferências continuam a ser realizadas, como grandes eventos em que o país se mobiliza para discutir os grandes temas da saúde, desde os municípios até o grande evento final em Brasília, que reúne cinco mil pessoas. A consequência disso tudo é “saldo organizativo”. As conferências se transformaram em caixa de ressonância da militância organizada das mais distintas corporações, e as maiores são formadas das maneiras mais esdrúxulas (VECINA NETO, 2012, p. 11).

Se por um lado, ao longo do último século, a saúde pública tem sido responsável pelo aumento na expectativa de vida, redução na mortalidade por doenças infecciosas, êxito em transplantes, fornecimento de medicamentos de alto custo, tratamentos de nefropatias, campanhas de vacinação, atenção aos hemofílicos, entre outros; por outro lado, evidências sugerem que o setor está subestimado e subfinanciado. Em outras palavras, os recursos destinados à operacionalização e financiamento do SUS ficam muito abaixo das reais necessidades (GALEA; ANNAS, 2016; PINTO, E.G, 2019).

Outro ponto de vista da evolução da assistência à saúde no Brasil incide sobre o resgate dos principais temas tratados nas Conferências Nacionais de Saúde realizadas, desde 1941. Elas foram instituídas pelo governo federal, em 1937, no primeiro governo de Getúlio Vargas, como mecanismo para articular e conhecer ações desenvolvidas pelos estados nas áreas de educação

³ O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS): entidade sem fins lucrativos, de direito privado, e que se ajusta aos princípios do direito público e agrega os Secretários de Estado da Saúde e seus substitutos legais (<http://www.conass.org.br/>, acesso junho 2020).

e saúde. As Conferências eram espaços estritamente intergovernamentais nos quais participavam autoridades do Ministério da Educação e Saúde, e setoriais dos estados. A previsão era que as Conferências fossem realizadas a cada dois anos, porém só foram convocadas a partir de janeiro de 1941 (FERRAREZI; OLIVEIRA, 2010). Desde então, elas representam um importante momento para avaliação da situação da saúde no país e formulação de diretrizes para as políticas públicas no setor reunindo cidadãos pela defesa da garantia de direitos em atenção às necessidades da população (FIOCRUZ, 2018).

4.3 Desafios do cenário recente

As políticas públicas de saúde correspondem a todas as ações do governo que regulam e organizam as funções públicas do Estado para ordenamento do setor. Elas integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde (LUCCHESI, 2004).

De acordo com o Artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a saúde é direito de todos e dever do Estado (BRASIL. Constituição Federal, 1988). Ela prevê o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde com regionalização e hierarquização, descentralização com direção única em cada esfera de governo, participação da comunidade e atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (MALIK; SCHIESARI, 1998).

A prática cotidiana do SUS, em qualquer nível de governo, coloca um enorme desafio aos gestores: identificar e selecionar os conhecimentos, métodos, técnicas e instrumentos de trabalho que auxiliem na tomada de decisões e na condução da implementação de políticas, planos, programas e ações de saúde sob sua responsabilidade.

Os grandes eixos estruturantes do sistema público de saúde têm sido a descentralização da gestão do SUS, com conseqüente redefinição das funções e competências de cada esfera do governo; financiamento do setor incluindo o debate sobre as fontes de recursos e de mecanismos de transferências intergovernamentais; mudança dos modelos de atenção à saúde, especialmente as inovações gerenciais necessárias para a consolidação de modelos alternativos, o aperfeiçoamento dos mecanismos de controle social sobre a gestão do sistema de saúde e o

gerenciamento de sistema de informação como suporte ao processo de tomada de decisão em saúde. (TEIXEIRA *et al.*, 2004)

A análise da situação de políticas de saúde contempla noções, conceitos, métodos e técnicas oriundas de diversas disciplinas correlatas como demografia, geografia, epidemiologia, antropologia, economia etc., gerando propostas que enriquecem o processo de planejamento e programação, especialmente ao nível local (CECÍLIO, 1997). A concepção do sistema de saúde, há 30 anos, prevê um sistema descentralizado e administrado democraticamente, com a participação da sociedade civil organizada e a implementação de mudanças significativas nas relações de poder político e na distribuição de responsabilidades entre o Estado e sociedade, e entre os distintos níveis de governo (LUCCHESI, 2004; CASTRO, *et al.*, 2019).

Apesar do modelo decisório atual contemplar atores políticos e administrativos, aqueles que representam a sociedade, como conselhos de saúde, ainda restam dúvidas se as ações tomadas têm atendido as necessidades e expectativas da população alvo das políticas públicas de saúde. Vale ressaltar as expectativas e necessidades de todos esses atores podem não ser as mesmas. O trabalho de Cecílio e colaboradores (2014) reforça utilizando o acompanhamento do cidadão leigo em sua jornada em busca de cuidados de saúde, que a máquina pública de saúde está repleta de avarias.

Mesmo com um modelo teórico robusto e burocrático, o SUS foi criado como um caminho ideal que determina e regulamenta como a saúde deveria funcionar (fluxos, financiamento, regulação etc.). Ainda assim, a prática cotidiana do cuidado e da prestação da saúde pública não atingiram o sucesso esperado, e a sensação de fracasso e de inviabilidade de seu pleno funcionamento permanecem. Sandro Galea e George Annas (2016) destacam como a agenda de saúde pública nos modelos vigentes tornou-se limitada para a resolução dos problemas enfrentados, principalmente em razão do financiamento do SUS não ser satisfatoriamente equacionado.

Os modelos de assistência à saúde no mundo vêm sofrendo uma grave crise, que emerge devido à associação de fatores, entre os quais se destacam:

- a) Maior expectativa de vida da população, e conseqüente mudança na demanda por serviços de saúde;
- b) Mudança no perfil epidemiológico da população (redução das doenças infectocontagiosas e aumento das doenças crônicas);

- c) Aumento do conhecimento e informação disponíveis à população acerca dos serviços de saúde;
- d) Aumento da medicalização como consumo de saúde;
- e) Corporativismo dos profissionais da área da saúde;
- f) Custos crescentes com aumento da disponibilidade de novas tecnologias;
- g) Busca pela equidade;
- h) Judicialização da Saúde.

Esse conjunto de fatores vem impactando o processo de atenção à saúde devido ao aumento da demanda à busca de mais qualidade e aos custos crescentes daí decorrentes. No bojo dessa crise está a redefinição do papel do Estado frente à saúde pública (VECINA NETO, 2012). Para Porter e Teisber (2007), os problemas de saúde concentram-se no fato de que há não somente tratamentos em demasia, mas também tratamento de menos e tratamentos errados (“*overuse, underuse e misuse*”) (ORSZAG, 2008). Orszag também afirma que os problemas são menores no âmbito de tecnologia e regulamentação, do que gerenciais e organizacionais.

4.4 Políticas públicas de saúde municipais e seus desafios

O SUS denomina como “gestão local” o conjunto de atividades desenvolvidas pelos gestores municipais visando a operacionalização em seus contextos sócio-político-institucionais singulares a partir das grandes diretrizes política do Sistema Único de Saúde (REIS; CECÍLIO, 2018).

A atenção à saúde municipal ocorre de forma referenciada. O gestor local do SUS, não dispondo do serviço de que o usuário necessita, encaminha-o para outra localidade que oferece o serviço após pactuação com a esfera estadual.

Até 2006, havia mais de cem formas de repassar os recursos financeiros aos municípios, o que dificultava sua aplicação. Após o Pacto pela Saúde, em 2006, os estados e municípios passaram a receber os recursos federais por meio de cinco blocos de financiamento (FLEURY, 2006):

- a) Atenção básica;
- b) Atenção de média e alta complexidade;
- c) Vigilância em saúde;
- d) Assistência farmacêutica;
- e) Gestão do SUS.

Em 2017, a publicação da Portaria 3992 vinculou ações orçamentária a apenas dois blocos de financiamento: custeio e investimento. A portaria não teve como finalidade alterar as regras contábeis de financiamento, apenas a forma como o recurso chega ao seu destino: os recursos que compõem cada bloco de financiamento passaram a ser transferidos, fundo a fundo, de forma regular e automática, em conta corrente específica e única para cada bloco, mantidas em instituições financeiras oficiais federais (PEREIRA, B.L; OLIVEIRA, A. C. R; FALEIROS, D. R, 2019).

Pesquisas demonstram que a gestão municipal dos recursos do SUS vem funcionando apenas em parte, sem desconsiderar que os recursos para o SUS são insuficientes. Os estudos de Reis e Cecílio (2018) destacam alguns pontos sobre os problemas de operacionalização real do SUS:

- a) Baixa resolutividade da rede básica de serviços tem gerado encaminhamentos desnecessários e excessivos; grandes filas de espera para os serviços de média e alta complexidade; fragmentação dos cuidados prestados; repetição desnecessária de meios complementares de diagnóstico e terapêutico; poliprescrição medicamentosa; confusão e isolamento dos doentes; demanda desordenada pelos serviços de urgência/emergência e perda de motivação para o trabalho por parte dos clínicos da rede básica (CAMPOS; MALIK, 2008);
- b) Deficiência na formação dos profissionais de saúde com desenvolvimento de práticas mais integrais, resolutivas de cuidado e capacidade de trabalhar em equipe; dificuldade de implementar atividades de promoção e prevenção em saúde, ter uma postura mais ética e cuidadora para (e com) os usuários do SUS;
- c) Deficiência na gestão dos sistemas loco-regionais de saúde com baixa capacidade de uso mais racional e produtivo do acesso aos serviços de saúde; quase nula capacidade de gestão do trabalho médico na avaliação e acompanhamento da produtividade, qualidade do trabalho e resolutividade; baixa capacidade de planejamento/programação de serviços a partir de indicadores epidemiológicos; quase nenhuma prática de priorização de “gestão de casos” em situação de alta vulnerabilidade dos pacientes com o objetivo de garantir o uso dos múltiplos recursos necessários para o cuidado de forma mais racional e integrada;
- d) “Forte protagonismo dos usuários” que buscam os serviços médicos, bem como a utilização de fármacos e exames.

A combinação de todos esses problemas de operacionalização do SUS explica a permanente demanda pelo serviço de saúde e a intensa insatisfação tanto dos usuários quanto dos profissionais de saúde diante ao planejamento e qualidade do serviço.

Ainda com relação aos gastos municipais com saúde, é notória a sobrecarga que recai aos municípios. Apesar dos repasses financeiros vindos das esferas estaduais e federais dependerem em parte, da articulação dos gestores municipais com os demais entes federativos, também é verdade de que grande parte desses repasses já possui destino certo e não depende

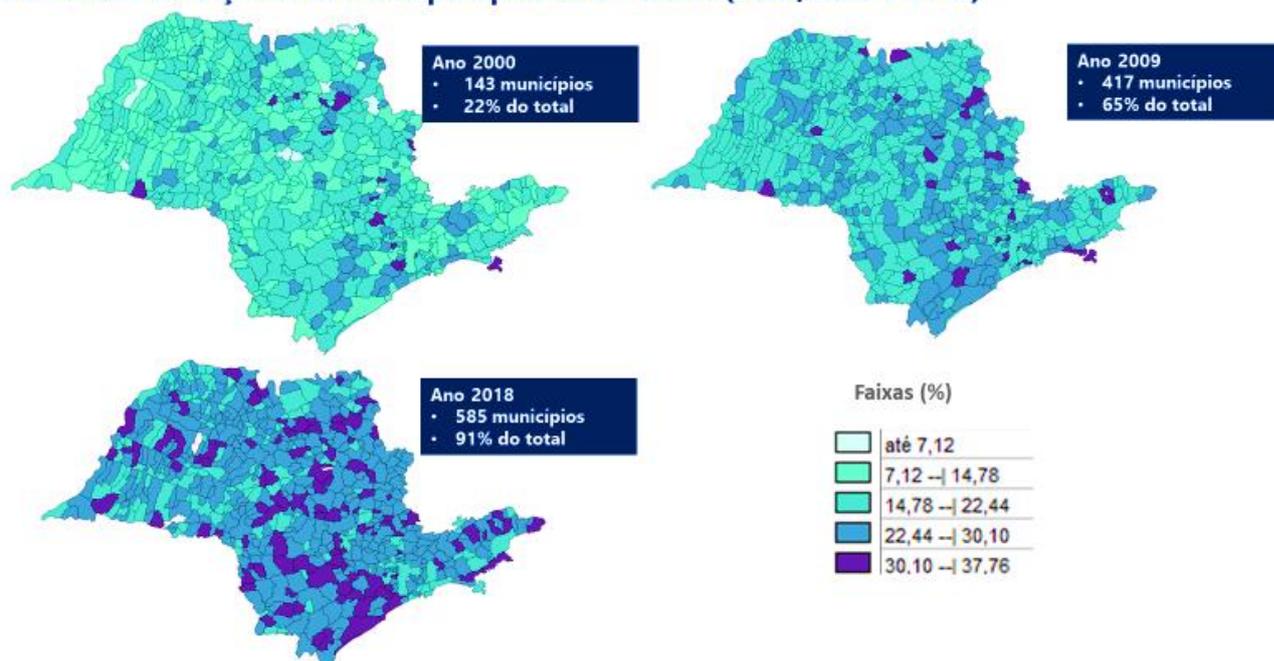
exatamente da articulação entre gestores, mas sim da estrutura do município, levando em consideração por exemplo o tamanho p da população, número de equipes da estratégia da saúde da família, presença de hospital, etc.

Através de consulta ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), foi possível constatar algumas informações relacionadas aos gastos dos municípios do estado de São Paulo na área da Saúde bem como especificamente na cidade Itu – SP.

O SIOPS é um instrumento de planejamento, gestão e controle social do Sistema Único de Saúde (SUS) com a finalidade de subsidiar o planejamento, a gestão e a avaliação dos gastos públicos de saúde nas três esferas de governo. De modo geral, tem por objetivo apurar as receitas totais e os gastos em ações e serviços públicos de saúde. Foi institucionalizado no âmbito do Ministério da Saúde, com a publicação da Portaria Conjunta MS/ Procuradoria Geral da República nº 1163, de 11 de outubro de 2000, posteriormente retificada pela Portaria Interministerial nº 446, de 16 de março de 2004. Atualmente, o SIOPS é coordenado pela Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento - AESD, da Secretaria Executiva (DATASUS, 2020).

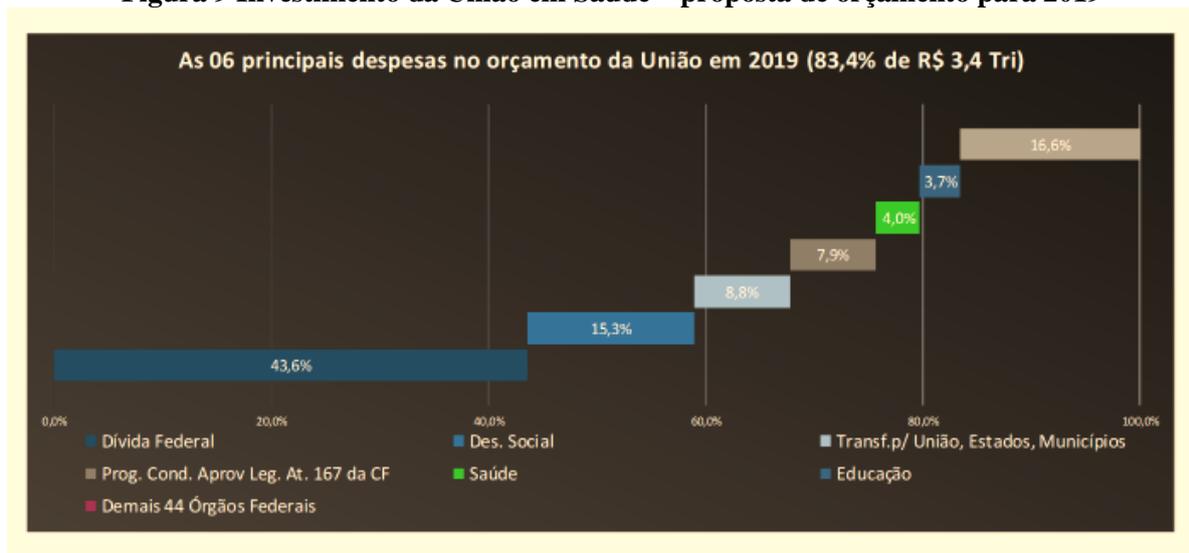
Figura 8 Percentual do orçamento municipal aplicado em saúde (2000, 2009 e 2018)

Percentual do orçamento municipal aplicado em saúde (2000, 2009 e 2018)



Fonte: Tabwin e DATASUS

Figura 9 Investimento da União em Saúde – proposta de orçamento para 2019



Fonte: Projeto de Lei Orçamentária.

As figuras acima, basicamente revelam que enquanto a união gasta em média 4% de suas receitas com a saúde, os municípios devem gastar pelo menos 15% de seu orçamento no mesmo setor. A figura X ilustra que em 2018, 91% dos municípios paulistas gastavam mais do que os 15% propostos, havendo parte dos municípios gastando aproximadamente 40% de seu orçamento com saúde. Portanto, faz sentido concluir que de fato os municípios estão sobrecarregados no que diz respeito às receitas e respectivas responsabilidades com a saúde local.

Apesar dos problemas de operacionalização do SUS, o contexto atual de gestão pública caracteriza-se por uma sociedade civil cada vez mais organizada:

- Administração marcada pelo crescente papel dos órgãos de controle, tais como, Ministério Público, Tribunais de Contas, Controladorias e Defensorias Públicas, responsáveis por fiscalizar e cobrar o cumprimento dos dispositivos legais;
- Transformações devido à presença das mídias e multiplicação dos movimentos e organizações sociais;
- Descoberta dos seus direitos pelo cidadão dos pequenos municípios que passa a reivindicá-los.

Os cidadãos ocupam assento em conselhos, assim como em outros arranjos institucionais criados para deliberar sobre políticas públicas e supervisionar suas implementações (ANDRADE; SANTOS, 2015). A primeira tentativa de regulamentação do papel dos

municípios na política de saúde data de 1975, com a Lei 6.229 de 17 de julho de 1975 (BRASIL, 1975). Em relação à organização do Sistema Nacional de Saúde continha em seu Artigo Primeiro as seguintes competências do município:

- a) Manter os serviços de saúde, em especial, os de Pronto Socorro;
- b) Manter a vigilância epidemiológica;
- c) Articular os planos locais de saúde com os estaduais e federais;
- d) Integrar seus serviços no sistema nacional de saúde.

A proposta dessa lei era a extensão da cobertura, contudo, a maior parte das prefeituras gastou seus recursos em atendimentos especializados, notadamente em prontos socorros.

Nos anos seguintes, houve alguns novos avanços marcantes na história da saúde pública no Brasil, tais como: em 1987, a criação do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) nos estados, em 1988 a Constituição Federal estabeleceu a Lei 8080 institucionalizando o SUS e, em 1990, estabelecimento de seus objetivos, competências e atribuições.

Em 2006, foi lançada no Brasil a Política Nacional de Atenção Básica, a qual se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (HAMIDA, 2012). Essa Política atua como elo entre os variados serviços de saúde e garante o cuidado por meio de uma relação horizontal, contínua e integral. A Atenção Básica, foco de grande parte das ações preventivas, ocorre no nível municipal e dever ser a porta de entrada de todo o sistema de saúde.

Com a finalidade de reduzir a fragmentação, fortalecer a integralidade e a descentralização da assistência em saúde, em 30 de dezembro de 2010, foi lançada a Portaria Nº 4.279 do Ministério da Saúde (MS) que traça as diretrizes para a estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e objetiva melhorar o desempenho do SUS em relação ao acesso, equidade e eficácia (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). O Programa de Saúde da Família (PSF), hoje, denominada Estratégia Saúde da Família (ESF) se encontra em expansão em todo o território nacional e estrutura-se no reconhecimento das necessidades em saúde da população (MENDES, E.V, 2011).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem o objetivo de efetivar os preceitos do SUS por meio da reorganização da atenção primária. Tanto o Ministério da Saúde, quanto os gestores

estaduais e municipais consideram a ESF um mecanismo de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica (LOPES *et al.*, 2019). O trabalho da ESF é realizado pela equipe de Saúde da Família composta por profissionais de diferentes áreas. Uma ESF deve conter, na medida do possível:

- a) Médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade;
- b) Enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família;
- c) Auxiliar ou técnico de enfermagem;
- d) Agentes comunitários de saúde;
- e) Cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família;
- f) Auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

Recomenda-se que cada equipe da ESF seja responsável por, em média, 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição. A ESF também conta com Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde (LOPES *et al.*, 2019). Cada município fica obrigado a prestar serviços de acordo com a política de saúde à qual se encontra vinculado. Dentre as diversas atribuições do município, segundo o Ministério da Saúde (2017), estão:

- a. Garantia dos serviços de Atenção Básica à saúde e prestação de serviços em sua localidade, com a parceria dos Governos Estadual e Federal;
- b. Vacinação, pois o fornecimento das vacinas é de competência da União;
- c. Realização de Consultas Médicas (clínico geral);
- d. Realização de Consultas de Enfermagem;
- e. Realização de Pré-natal;
- f. Prevenção do Câncer de Colo de Útero (PCCU);
- g. Realização do Teste do Pezinho;
- h. Fornecimento, por meio de laboratórios municipais, de exames essenciais: hemograma completo, glicose, exame parasitológico de fezes, urocultura, bacterioscopia, entre outros;
- i. Transporte de pacientes para encaminhamentos de média e alta complexidade (ex.: hemodiálise, exames e consultas de competência do Estado, entre outros);
- j. Fornecimento de medicamentos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), definidos segundo cada política estadual.

Barbara Starfield (2004) afirmou que 85% dos problemas de saúde seriam resolvidos ainda na Atenção Básica, caso funcionasse conforme planejado. Um estudo coletou dados fornecidos por profissionais de saúde e acompanhou algumas ações relacionadas à atenção primária em um município brasileiro (LOPES *et al.*, 2019). A pesquisa conclui que as políticas públicas de

atenção primária à saúde não são suficientes para garantir a efetividade que se almeja para o direito à saúde, especialmente, no que refere à acessibilidade e longitudinalidade. O estudo comprova que há carência de profissionais para a realização de atendimento imediato e falha na comunicação entre profissionais e pacientes, itens de extrema importância para fornecer exequibilidade ao direito. Esse mesmo estudo ainda incentiva o desenvolvimento de iniciativas que valorizem o profissional da atenção primária e inspirem o compromisso social, a fim de melhorar o vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários da atenção primária.

Existem diversos trabalhos que abordam a percepção dos usuários sobre os serviços oferecidos pela rede de Atenção Básica (VAN STRALEN *et al.*, 2008; MOIMAZ *et al.*, 2010; ARAKAWA *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2017). No geral, eles revelam que a espera pelo atendimento especializado e o pouco envolvimento dos prestadores são as maiores queixas dos usuários. Esses trabalhos também mencionam a existência de uma relação marcada pela hierarquia entre profissionais da saúde e usuários, bem como a falta de orientação sobre o fluxo de acesso ao sistema de saúde.

A fragmentação das práticas de saúde ofertadas, frequentemente, é mencionada (SILVA *et al.*, 2017). A cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH), de 2009, menciona um sistema público de saúde burocratizado e verticalizado que pouco investe na qualificação dos trabalhadores. Além disso, dispõe de recursos insuficientes de fomento à cogestão, a valorização, a inclusão dos trabalhadores e dos usuários no processo de produção de saúde (SCHIMITH *et al.*, 2013). Bisognano e Kenney (2015) também enfatizam esses fatos, mas destacam que um sistema de saúde profundamente fragmentado pode ser considerado um “não-sistema”.

O fato é que o SUS construiu uma estrutura institucional complexa para coordenar as ações dos três níveis de governo para os serviços de saúde pública e, nesta direção, os governos locais tornaram-se essenciais na provisão de serviços de saúde. Nas palavras de Marta Arretche (2003, p. 343), “Os instrumentos da estrutura institucional ainda não são plenamente explorados pelos atores diretamente interessados em suas ações. Penso, contudo, que se trata mais de aprofundar e amadurecer o uso dos instrumentos existentes e menos de redesenhar esta estrutura”.

Apesar de surgirem novos mecanismos de gestão para o SUS, é fundamental compreender que “o processo de construção do desenho institucional de uma política nunca acaba”, deve-se oferecer o tempo necessário para o aperfeiçoamento dos mecanismos de gestão acontecer, pois a política pública de saúde municipal é fruto das interações (harmoniosas e conflitivas) entre

distintos grupos de interesse. Não está claro se as escolhas administrativas locais refletem a ideologia partidária dos gestores ou respondem aos fatores locais de oferta e demanda (McGregor, 2017). Representantes dos usuários e da sociedade civil precisam de um tempo para amadurecer e poderem controlar os instrumentos e fiscalizar a ação dos governos locais. O Ministério da Saúde também poderia incentivar os governos locais a serem mais comprometidos com uma gestão de qualidade com os serviços de saúde local.

Certamente, nas últimas décadas, a gestão local de políticas públicas de saúde tem buscado construir políticas positivas com resultados desejáveis. Mediante a configuração descentralizada do SUS, os governos municipais possuem amplitude (liberdade) substancial em decisões financeiras e administrativas (McGREGOR, et al 2017). A título de exemplo, a gestão local pode tanto iniciar, manter ou romper contratos com setores privados da saúde para a prestação e administração de serviços. Afinal, a eficiência na gestão das políticas públicas passa pela democratização do processo decisório entre provedores e beneficiários.

O processo democrático garante o controle social porque viabiliza a qualidade das informações, tarefa impossível no modelo de estruturas centralizadas instituídas durante o século 20. Apesar da retórica de posições de diferentes grupos políticos sobre a privatização no SUS, pesquisadores (McGREGOR; SIQUEIRA; ZASLAVSKY; BLENDON, 2017) consideram que outros fatores, além do partido político dominante têm gerado um efeito maior na gestão local do sistema de saúde no Brasil, por exemplo, os conselhos municipais de saúde. O processo democrático aproxima a sociedade organizada do processo decisório; deste modo, fortalece os órgãos participativos por envolver melhor os cidadãos no debate sobre os papéis públicos e privados no setor de saúde.

Por fim, esse capítulo apresentou, brevemente, os caminhos trilhados pelos governos federal, estadual e municipal, a fim de construir e reconstruir políticas públicas de saúde capazes de amenizar os problemas identificados, em especial, os caminhos nos quais as políticas públicas municipais de saúde são formuladas e implementadas.

A literatura aponta que o Brasil ainda não encontrou um modelo ideal eficiente, efetivo, com baixo custo, e que atenda às expectativas da população com relação aos serviços de saúde. (PINTO, E.G, 2019) No que tange à política pública municipal de saúde, o processo democrático e a participação da sociedade organizada buscam dar efetividade à garantia do direito à saúde preconizada pela Constituição e pelos três níveis de governo através do planejamento e estratégias capazes de verificar e atender as demandas e carências da população.

A partir do cenário apresentado, observa-se que a garantia do direito à saúde somente será atendida quando esta for prioridade para gestão municipal. Esse objetivo poderá ser alcançado na medida em que essa gestão passa a se envolver de modo eficaz com questões como o planejamento de ações para a oferta adequada de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), e mecanismos de fixação e incentivo de profissionais nas unidades de saúde.

5 PERGUNTA DE PESQUISA E OBJETIVOS

Por intermédio dos fundamentos teóricos dos estudos sobre Políticas Públicas e seu diálogo com outros campos da Administração, Gestão e Políticas Públicas de Saúde, o estudo analisou os dados coletados articulando-os à luz das ações intergovernamentais relacionadas às políticas locais de saúde.

No caso do presente estudo, o foco foi dado à maneira pela qual se deu a implementação de políticas e ações da área da saúde e quais resultados elas produziram. Para atingir esse objetivo, foi necessário desenvolver um trabalho empírico em que os atores envolvidos fossem ouvidos para responder à pergunta de pesquisa: “Como foram implementadas e percebidas as ações e/ou políticas municipais de saúde no município de Itu no período de 2017-2019?” A pesquisa empírica delimitou-se no tempo e espaço bem definidos.

Por vezes, a administração pública do setor da saúde é desenvolvida por políticos e não técnicos do setor. Essa prática pode contribuir para a formulação de políticas que não vão ao encontro das necessidades do usuário do sistema. Sendo assim, a realização dessa pesquisa torna-se importante para contribuir com a gestão municipal da saúde ao expor para os gestores de que forma a população local percebe e avalia as políticas de saúde implantadas.

Diante deste cenário a questão investigativa que norteia esse trabalho consiste em “como se dá o processo por meio do qual as ações e/ou políticas públicas municipais são implementadas e como são percebidas pelos atores envolvidos no processo?”

5.1 Objetivos

Para além do objetivo geral deste estudo, entender como as políticas públicas municipais de saúde são implementadas à luz das perspectivas dos atores envolvidos no processo, sobretudo gestores, funcionários e usuários, buscou-se ainda os seguintes objetivos específicos:

- a. Identificar as ações da área da saúde que foram tomadas no início da nova gestão (2017-2020) no município de Itu (São Paulo);
- b. Evidenciar os propósitos vinculados às ações prioritizadas;
- c. Apreender de que maneira foram implementadas as ações e políticas públicas;
- d. Analisar de que modo os atores do sistema de saúde (usuários, funcionários e gestores) percebem as ações de saúde no município de Itu.

6 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

Este trabalho utilizou a estratégia metodológica do estudo de caso com o propósito de acompanhar a implementação de políticas públicas locais no sistema de saúde, verificando a percepção dos atores envolvidos, sendo funcionários, usuários e gestores.

O primeiro passo desta tese consistiu no processo de revisão bibliográfica a fim de conhecer, coletar, sintetizar, compreender e avaliar um conjunto de textos científicos relacionados aos principais temas relacionados ao estudo, tais como: políticas públicas de saúde, políticas públicas municipais, gestão municipal e implementação de políticas públicas. Esse processo teve como objetivo construir um quadro de teorias e conceitos que permitem sustentar as etapas da investigação e a análise dos dados coletados.

Este capítulo apresenta o conjunto dos instrumentos e a coleta de dados desenvolvida para atingir os objetivos da pesquisa. Cada técnica foi adotada de forma coerente com a realidade investigada, sendo consideradas na análise cada dificuldade ou acontecimento não previsto encontrados ao longo do trabalho empírico, a fim de gerar novos insights sobre o tema pesquisado.

6.1 Tipo de Pesquisa

Dentro do campo do interpretativismo, onde através do campo a pesquisadora se aproxima de alguma teoria, a abordagem metodológica foi qualitativa., usando o estudo de caso como estratégia. De acordo com YYN (2005) o **estudo de caso** “é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”. Foi o método escolhido, pois ainda de acordo com YIN (2005) este deveria ser o método preferencial em situações nas quais (1) as principais questões da pesquisa são por quê? ou como? (2) quando o pesquisador não possui controle sobre eventos comportamentais estudado e (3) o foco do estudo é um fenômeno contemporâneo ao invés de completamente histórico.

De acordo com Robert K. Yin (2015), a principal finalidade do estudo de caso é buscar esclarecer e compreender os motivos pelos quais as decisões foram tomadas. Para isso, geralmente, a pesquisa combina diferentes fontes de coleta de dados, arquivos, entrevistas, questionários e observações.

A evidência pode ser qualitativa (palavras), quantitativa (números) ou ambas (EISSENHARDT, 1989). Não importa como se aprende, mas todo pesquisador de estudo de caso precisa ser bem-versado em uma gama de técnicas de coleta de dados para se valer de várias fontes de evidências. Sem essas fontes múltiplas se perderia uma vantagem inestimável de estratégia de estudo de caso (YIN, 2015, p.123).

A principal vantagem da construção da teoria a partir do estudo de caso consiste no menor risco de viés do pesquisador quando comparado com o trabalho empírico que se inicia com uma teoria preestabelecida. Contudo, o estudo de caso oferece a desvantagem que é o uso intensivo de evidências empíricas que podem produzir uma teoria excessivamente complexa, rica em detalhes, mas pobre em replicabilidade (EISSENHARDT, 1989).

A pesquisa utilizou a abordagem qualitativa portanto, além de técnicas de análise emprestadas da “*Grounded Theory*” (Teoria Fundamentada nos Dados) de Glaser e Strauss (2017) para olhar para os dados obtidos. A “*Grounded Theory*” é um método desenvolvido pelos sociólogos, Barney Glaser da Universidade de Columbia e Anselm Strauss da Universidade de Chicago. Glaser realizou análises qualitativas, defendeu a necessidade de comparar dados a fim de identificar e desenvolver conceitos. Strauss contribuiu para o método nos seguintes aspectos:

- a) Necessidade de ir ao campo para descobrir o que está ocorrendo;
- b) Relevância da teoria baseada nos dados;
- c) Complexidade, variabilidade do fenômeno e da ação humana;
- d) Pessoas são atores com papel ativo em resposta às situações problemáticas;
- e) Compreensão de que as pessoas atuam na base do significado, por sua vez é definido e redefinido na interação;
- f) Sensibilidade para o envolvimento e desdobramento com a natureza dos eventos (processos);
- g) Consciência da inter-relação entre condições (estrutura), ação (processo) e consequências.

Essa abordagem, também conhecida como “Teoria Fundamentada em Dados”, aproxima-se do assunto a ser investigado sem uma teoria a ser testada.

Dessa forma, a metodologia de coleta de dados e interpretação dos resultados acima descrita visou visa entender uma determinada situação, como ou por que os participantes agem de determinada maneira, como e por que determinado fenômeno ou situação se desdobra deste ou

daquele modo, permitindo compreender a complexidade e as singularidades dos contextos através do ponto de vista dos diferentes atores sociais envolvidos.

Sendo assim, os dados receberam um tratamento mais interpretativo, uma análise mais caracterizada pela subjetividade e com abordagem mais reflexiva, não sendo possível a generalização dos resultados e conclusões apresentadas, pois os dados correspondem ao fenômeno temporal, e socialmente definidos.

No caso da presente pesquisa, a teoria é aquilo com o qual pesquisador encerra seu trabalho e não com o que inicia. Ela vai sendo construída passo a passo, ajustando-se ao contexto da pesquisa e sendo relevante somente para o determinado contexto e período. Assim, tornou-se necessário construir e organizar os dados sociais preservando o caráter unitário da situação particular investigada (implementação das políticas públicas municipais de saúde em Itu, São Paulo), ou seja, realizar um estudo de caso de situações tanto do passado quanto do presente, que possam contribuir com o objetivo do estudo.

Apoiado nos estudos de pesquisas em Ciências Sociais, os critérios para o desenvolvimento de estudo de caso justificam-se pela proposta desta investigação, conforme demonstra o Quadro 2:

Quadro 2 Relação entre critérios do estudo de caso e a estratégia da pesquisa.

CRITÉRIOS DE ESTUDO DE CASO	ESTRATÉGIA DA PESQUISA
Experiência Singular	Conhecer as políticas e ações implementadas na área de saúde no município de Itu (São Paulo).
Caso bem delimitado com contornos precisos	Gestão 2017-2020. Trabalho de campo de março/2017 a junho/2019.
Ênfase na interpretação em contexto	Analisar os dados construídos articulando-os à luz das ações intergovernamentais relacionadas às políticas de saúde local.
Retrato de uma realidade completa e profunda	Compreender a complexidade e as singularidades através do ponto de vista de diferentes atores sociais envolvidos.
Combinação de fontes de informação	Bibliografia; entrevistas semiestruturadas e abertas (roteiro com tópicos temáticos); arquivos; imagens.
Representação de diferentes pontos de vista	Secretária da Saúde (atual); Ex-Secretário; Prefeito; Funcionários; Usuários e Gestores.
Retrato da complexidade de uma situação particular	A complexa estrutura institucional construída pelo SUS para coordenar a saúde pública a partir das ações dos três níveis de governo, deste modo, os governos locais tornaram-se essenciais na provisão de serviços de saúde.

Fonte: autora, 2019.

Evidentemente o desenvolvimento de um estudo de caso exige estar ciente sobre as barreiras e desafios que serão encontrados durante o percurso do trabalho empírico. Alguns desafios estão relacionados às dificuldades em agendar entrevistas; estabelecer uma relação de confiança; desfazer uma relação artificial; identificar mecanismos de defesa (negativa, cancelamento, descaso, desinteresse etc.); dificuldade de linguagem; incompreensões.

Por outro lado, a pesquisa obtém sucesso quando há incentivo a responder; acolhimento dos envolvidos; desejo de dialogar e de contribuir para a produção de conhecimento. Portanto, para realizar um estudo de caso bem sucedido é necessário ir além do cuidado na elaboração dos instrumentos de coleta de dados. A atenção também deve estar presente na aplicação, pois quanto maior a quantidade e qualidade das informações coletadas melhor será a análise, e consequentemente, seus resultados.

6.2 Universo Empírico

De acordo com Yin (2015), a escolha por utilizar o estudo de caso deve estar atrelada aos acontecimentos atuais e situações em que os comportamentos importantes não podem ser manejados; porém estão acessíveis à observação direta e às entrevistas sistemáticas. A pesquisadora seguiu essa perspectiva ao optar pela execução de um estudo de caso. Considerou-se de extrema importância o preparo técnico (recorte geográfico e instrumentos de pesquisa) e a elaboração de um protocolo que direcionasse essa etapa da investigação (roteiros, escolhas dos entrevistados, dentre outros).

O estudo foi desenvolvido no contexto no município de Itu, localizado a 101 km de São Paulo, capital. De acordo com o IBGE (2019), a estimativa populacional é de 174 mil habitantes numa área de aproximadamente 640 km². O nome “Utu-Guaçu”, que se tornou Itu, significava “grande queda d’água”. A mesma cachoeira que deu o nome para Itu está no Rio Tietê e inspirou também o nome da cidade vizinha, Salto. Além dos setores industrial e comercial, Itu se destaca como Estância Turística, atraindo visitantes em virtude de seu patrimônio histórico, cultural, religioso, ambiental e arquitetônico.

O procedimento do trabalho empírico ocorreu após a delimitação espacial e temporal da pesquisa. Sendo assim, o estudo analisou a gestão executiva do município entre os anos 2017-2019.

Os órgãos que compõem uma Administração Municipal, na esfera executiva, podem ser divididos em Secretarias, cujas condições devem ser ideais para o planejamento, debate, instrumentalização e definição das políticas a serem implementadas pelos órgãos responsáveis pelas execuções das ações.

A Secretaria Municipal de Saúde tem como atribuições planejar, desenvolver, orientar, coordenar e executar a política de saúde do município. Também é de sua responsabilidade planejar, desenvolver e executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica ligadas à sua competência.

Vale a ressalva que tanto as denominações, quanto as atribuições das Secretarias podem variar de um município para outro, pois a autonomia administrativa garante essa liberdade a fim de estabelecer uma estrutura mais adequada possível às necessidades locais. A Lei N° 678, de 10 de outubro de 2005 (Art. 16) trata do organograma da saúde em Itu (ITU, 2005). No universo empírico desta pesquisa, a administração municipal de Itu compõe-se da seguinte forma:

- a) Prefeito, Vice-Prefeito e Chefe de Gabinete;
- b) Controladoria Geral;
- c) Secretário Municipal de Administração;
- d) Secretário Municipal de Justiça;
- e) Secretária Municipal de Cultura e do Patrimônio Histórico;
- f) Secretário Municipal de Finanças;
- g) Secretário Municipal de Educação;
- h) Secretário Municipal de Esportes;
- i) Secretário Municipal de Governo e Casa Civil;
- j) Secretário Municipal do Meio Ambiente e Recursos Hídricos;
- k) Secretário Municipal de Obras;
- l) Secretário Municipal de Planejamento, Habitação e Gestão de Projetos;
- m) Secretário Municipal de Promoção de Desenvolvimento Social;
- n) Secretária Municipal de Saúde;
- o) Secretário Municipal da Segurança, Trânsito, Transporte e Mobilidade Urbana e Rural;
- p) Secretário Municipal de Serviços Rurais;
- q) Secretário Municipal de Turismo, Lazer e Eventos.

O recorte do estudo remete à Secretaria de Saúde, a quem compete administrar os serviços de saúde e desenvolver programas de prevenção aos cidadãos otimizando, os custos de operação deste sistema.

Atualmente o município conta com 16 Unidades Básicas de Saúde (UBS), como pode ser observado na Figura 5, que são consideradas como “portas de entrada” do Sistema Único de Saúde (SUS).

Figura 10 As dezesseis UBS do município.



Fonte: Portal da prefeitura de Itu, agosto de 2020.⁴

⁴ Disponível em: <https://itu.sp.gov.br/saude/ubs>

As unidades básicas de saúde (UBS) são locais de primeiro acesso da população aos cuidados e necessidades básicas de saúde. A população encontra nas UBS consultas nas áreas Clínica Médica, Pediatria, Odontologia, Ginecologia e Obstetrícia; além dos serviços de curativo, retirada de pontos, aplicação de injeção, nebulização, imunização, pré-natal, coleta de material para exame laboratorial, exame Papanicolau, vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis e encaminhamento para consultas especializadas. Segundo o site oficial da prefeitura de Itu⁵, as UBS desenvolvem atividades programadas para grupos específicos, tais como, Programas de Atenção à Saúde da Criança, Hipertensos, Diabéticos, Planejamento Familiar, entre outras ações voltadas à promoção da saúde coletiva. O município também dispõe de 4 ambulatórios, sendo:

- a) Ambulatório de Especialidades Médicas “Dr. Virgílio Pereira Souza Lima”: especialidades médicas em Pneumologia, Neurologia, Hematologia, Reumatologia, Gastroenterologia, Ortopedia, Dermatologia, Endocrinologia, Cardiologia, Ginecologia e Obstetrícia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Proctologia, Neonatologia e pequenas cirurgias;
- b) Ambulatório de Especialidades Médicas “Dr. Sebastião de Freitas”: especialidades em Urologia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular, Proctologia e Nefrologia, além de consulta médica, acompanhamento de pacientes com troca vesical e pós-cirúrgico;
- c) Ambulatório de Moléstias Infecciosas “Maria Helena Corrêa Pompeu”: unidade odontológica, consulta médica e acompanhamento de pacientes DSTs (Sífilis, HPV, Condiloma etc.), Hepatite B e C, HIV e AIDS, Tuberculose, Hanseníase, Blastomicose, Toxoplasmose, Dengue, etc;
- d) Ambulatório de Saúde Mental Adulto/Infantil “Dr. Francisco Pompe Nardy”: conta com equipes multiprofissionais (Psiquiatra, Psicólogo, Assistente Social e Terapeuta Ocupacional), com os cuidados aos portadores de transtorno mental sendo realizados junto às suas famílias, evitando a internação e promovendo a reabilitação psicossocial dos cronicamente comprometidos.

Também há uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas junto ao Pronto Atendimento Municipal “Mário Moraes Bourguignon”.

O Hospital Municipal “Dr. Emilio Chierighini”, inaugurado em 2 de fevereiro de 2019, como parte das comemorações do 409º aniversário do município, dispõe de 42 leitos, entre enfermaria clínica, centro cirúrgico com duas salas, recuperação pós-anestésica e unidade de cuidados intensivos. No hospital também funciona o Centro de Diagnósticos, equipado com Tomógrafo, Raio X Digital e Ultrassom. Trata-se do primeiro hospital municipal criado após

⁵Informação disponível no endereço eletrônico da prefeitura: <https://itu.sp.gov.br/saude/ubs> . Acesso em 17 de agosto de 2020

o término do funcionamento da Santa Casa de Misericórdia de Itu, inaugurada em 1867; ou seja, até esse ano, oficialmente o município não possuía hospital próprio.

O município também conta com o Núcleo Álcool e Drogas; o Programa Ambulatorial de Reabilitação de Alcoolistas (PARA); o Programa de Atenção à Dependência química (PADE); o Programa de atenção a portadores de sintomas psicóticos (PIM); Programa de atenção a portadores de transtornos afetivos, ansiosos, conversivos e afins (PSIO); Programa de adolescentes (de 13 a 21 anos) e o Programa de orientação, tratamento e treinamento para portadores de retardo mental (PORTO).

De acordo com a Lei nº 678, de 10 de outubro 2005, a estrutura administrativa da secretaria de saúde organiza como mostra o seu artigo 16º: (ITU, 2005)

Art. 16 - A Secretaria Municipal de Saúde compreende:

I - Departamento de Gestão Administrativa;

II - Departamento de Gestão de Pessoal;

III - Departamento Técnico;

IV - Assessor Técnico (10);

V - Assessor de Diretoria (3); (Extinto pela Lei nº 1055/2009)

VI - Oficial de Diretoria (6);

VII - Gerente de Unidade (24). (Extinto pela Lei nº 1055/2009)

6.3 Instrumentos de Coleta de Dados

Para o primeiro contato com os funcionários, usuários e gestores que participariam deste estudo, foi necessário elaborar um documento de autorização por parte da Prefeitura da Estância Turística de Itu (PETI), no qual a pesquisadora apresentava-se como voluntária perante as atividades necessárias (Anexo 1).

Foi empregada na coleta de dados a técnica da observação simples, tanto nas UBS, quanto na Prefeitura durante as entrevistas com gestores. Nessa observação simples, ou seja, assistemática, foram utilizados “caderno de anotações” e máquina fotográfica para registrar as

percepções e dúvidas para posterior esclarecimento tanto nos momentos de orientação quanto na fase do tratamento e análise dos dados.

Apesar da observação não ser estruturada, ela foi cuidadosamente planejada e organizada a fim de identificar os aspectos importantes do campo. As observações nas UBS e Prefeitura possibilitaram coletar dados para explorar o problema de pesquisa e os objetivos estabelecidos para a tese, pois também foi um meio de ilustrar (fotografar) as condições atuais das UBS.

A fim de conhecer os caminhos pelos quais as políticas públicas de saúde municipal de Itu são formuladas e implementadas, tornou-se fundamental constatar a realidade vivenciada pelos usuários nestes espaços de prestação de serviços de saúde pública. Também se adotou o “caderno de anotações” como ferramenta, com sendo todas informações coletadas transcritas, codificadas e comparadas para que suas regularidades fossem extraídas.

6.4 Etapas da Pesquisa de Campo

O trabalho de campo foi realizado no período entre março de 2017 e novembro de 2019, e contou com quatro etapas, apresentadas a seguir:⁶

- a) Entrevista inicial com gestores;
- b) Entrevistas preliminares com funcionários e usuários de 12 UBS;
- c) Entrevistas definitivas com funcionários e usuários das 16 UBS;
- d) Entrevistas definitivas com gestores e ex-prefeito.⁶

Etapa 1: Aprovação da prefeitura para realização do estudo e entrevista com gestores

No trabalho empírico foram entrevistados os seguintes gestores:

- a) Prefeito Municipal;
- b) Ex-Secretário de saúde (atual vice-prefeito);
- c) Secretária de saúde atual.

Logo no início da gestão, o secretário municipal de saúde também ocupava o cargo de vice-prefeito e concedeu a primeira entrevista para este estudo no início do seu mandato, em março de 2016. Durante a entrevista ele mencionou quais seriam algumas das políticas municipais ou ações de saúde prioritárias durante os anos seguintes, apresentadas nos resultados do estudo.

⁶ Com o propósito de compreender as suas opiniões a respeito das políticas ou ações implementadas.

Após dois meses desta primeira entrevista, o profissional assumiu a vice prefeitura repassando a área da saúde para outra profissional que deu continuidade às entrevistas de acompanhamento.

As entrevistas com os gestores foram previamente agendadas, via telefone e/ou e-mail, com intervalos de 6 a 12 meses. Elas foram abertas e tiveram como objetivo compreender a visão e as perspectivas que os novos gestores tinham com relação à área da saúde. Basicamente, as entrevistas abordaram a situação da saúde no município naquele momento (início de 2017) e quais seriam as melhorias necessárias. As entrevistas com os gestores (prefeito, vice-prefeito e secretária de saúde) ocorreram dentro do ambiente da própria Secretaria de Saúde e/ou gabinete do prefeito. Mediante autorização as entrevistas foram gravadas e transcritas.

Etapa 2: Elaboração do instrumento preliminar e entrevistas com funcionários e usuários das UBS

Esta etapa ocorreu durante a elaboração do projeto de qualificação e teve como finalidade conhecer o campo a ser estudado, qualificar os usuários e funcionários, bem como compreender a satisfação deles com a atenção básica de saúde.

Os instrumentos de coleta de dados consistiram em roteiros semiestruturados (Anexos 2 e 3). Esta técnica permitiu maior liberdade de interação entre entrevistador e entrevistado, possibilitando a busca por informações que escapam ao roteiro. Dessa forma, a técnica permitiu esclarecer e/ou aprofundar alguns temas sobre a realidade pesquisada, pois o principal objetivo desta etapa foi conhecer o grau de satisfação geral dos usuários das UBSs e a percepção dos funcionários sobre a satisfação dos usuários do sistema.

Neste período, foram realizadas 33 entrevistas com usuários e 33 entrevistas com funcionários de 12 UBS. A abordagem era realizada enquanto os usuários aguardavam o atendimento na fila de espera. No primeiro momento, explicava-se o propósito da pesquisa; no segundo, garantia-se o anonimato apresentando o “Termo de Consentimento Esclarecido”, seguindo a prática acadêmica para a realização de uma pesquisa em que impera a ética e a transparência (Anexo 5).

O critério para a realização das entrevistas com usuários foi entrevistar os usuários em fila de espera por ordem de chegada na UBS pelo período de duas horas. Em seguida, foram

entrevistados os profissionais presentes, conforme sua disponibilidade e direcionamento feito pela enfermeira técnica responsável.

Certamente, houve dificuldades durante o processo do estudo qualitativo. Além da prudência e educação para fazer o primeiro contato e apresentar as perguntas, a atenção também esteve presente nos fatores que influenciam no momento da entrevista. Em outras palavras, a pesquisa qualitativa exige uma habilidade tanto para se aproximar do sujeito da pesquisa, quanto para escutá-lo e não se deixar levar pela própria presunção ideológica, juízo de valor, pensamento ou algum tipo de compreensão diferente do sujeito entrevistado em relação ao assunto abordado (YIN, 2015).

Etapa 3: Entrevista com usuários e funcionários da UBS utilizando instrumento definitivo

Uma vez que a pesquisadora já conhecia o campo a ser estudado e as ações na área da saúde a serem implementadas pela gestão vigente já haviam sido definidas, foram elaborados dois instrumentos diferentes de coleta de dados, um para os funcionários e outro para os usuários das UBS do município, tudo isso com o intuito de compreender a forma como as políticas ou ações foram implementadas e/ou como os atores envolvidos no processo perceberam tais ações.

Os critérios e a abordagem para a realização das entrevistas foram os mesmos da etapa dois, descrita acima. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, que contou com o apoio de uma estudante de enfermagem, previamente treinada e familiarizada com o instrumento. No total, foram realizadas 83 entrevistas com funcionários das UBS e 135 entrevistas com usuários, totalizando 218 entrevistas. Nesta etapa, todas as 16 UBS do município foram contempladas pelo estudo.

Etapa 4: Entrevista com gestores e ex-prefeito

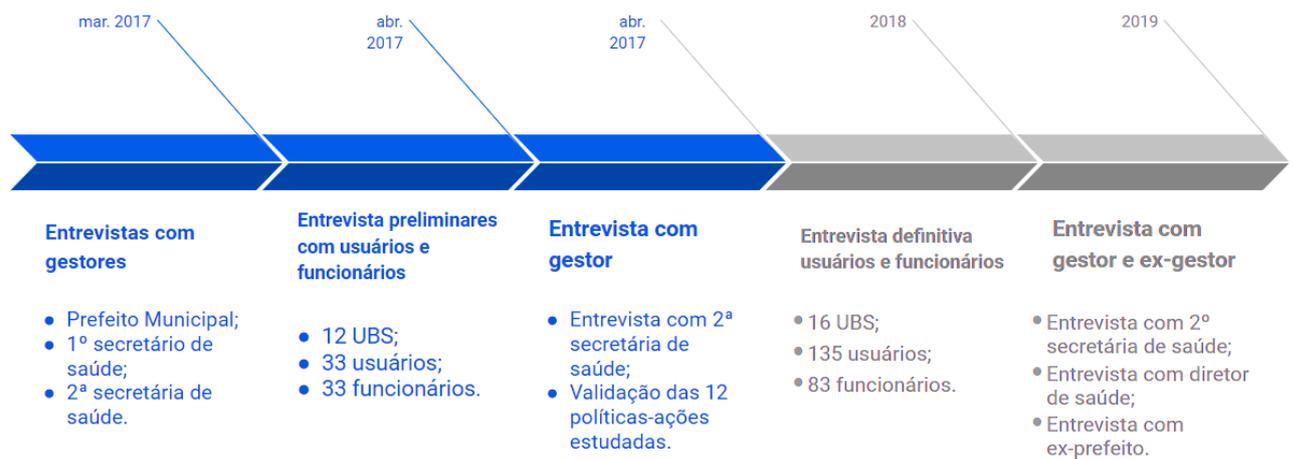
Para ampliar o entendimento do processo, além da Secretária de Saúde, também foram entrevistados o Diretor de Saúde da gestão vigente e o ex-prefeito (2013-2016). O objetivo dessas entrevistas foi identificar quais desafios surgiram e permaneceram ao longo de duas gestões diferentes e com políticas distintas. O Diretor e a Secretária de saúde foram entrevistados em seu ambiente de trabalho (secretaria municipal de saúde dentro da Prefeitura) e o ex-prefeito foi entrevistado em sua residência.

Todas as etapas foram, previamente, planejadas e executadas com o objetivo de desenvolver o trabalho empírico com total atenção em cada etapa. Em síntese, a finalidade era construir

instrumentos de coleta de dados capazes de identificar e explicitar as intervenções e ações implementadas na área de saúde, na gestão municipal (2017-2019) de Itu. Em cada instrumento aplicado e visita realizada durante todo o trabalho de campo, manteve-se como meta registrar as ações e opiniões reais sobre a conjuntura pesquisada a fim de analisar e avaliar (ainda que de forma descritiva) a políticas de saúde.

A Figura 11 abaixo ilustra as etapas da pesquisa de campo realizada descrita acima:

Figura 11 Linha cronológica da coleta de dados.



Fonte: Elaborada pela autora.

7 RESULTADOS DE PESQUISA

Assim como foram apresentadas as etapas de pesquisa em quatro situações, seguem os resultados obtidos/observados de forma semelhante para, posteriormente, tecer a análise e considerações finais.

7.1 Etapa 1: Resultados das entrevistas prévias com os gestores

Em 2017, no município de Itu/SP assumiu o poder executivo local o Prefeito Guilherme dos Reis Gazzola filiado ao partido PTB cuja formação é na área da saúde, odontologia. Para o cargo de secretário de Saúde ele indicou um médico cardiologista, Dr. Caio Gaiane. Logo no início da gestão, o secretário municipal de saúde também ocupava o cargo de vice-prefeito.

A estrutura pública de saúde do município, no início do presente estudo e ainda atual Governo era composta por mais de 50 unidades de saúde, sendo três principais áreas: Especialidades, Urgência e Emergência e Atenção Básica.

Na área de Especialidades havia 2 ambulatórios de especialidades médicas; 1 ambulatório de moléstias infecciosas; 1 ambulatório de saúde da mulher; 1 laboratório de análises clínicas; 1 laboratório de citopatologia; 1 ambulatório de saúde mental 3 CAPS (Centro de atenção Psicossocial), 2 unidades de fisioterapia, 1 unidade de fonoaudiologia e 1 CEO (Centro especializado em Odontologia).

Na área de urgência e emergência havia 3 PAMs (Pronto Atendimento Municipal) o município possuía também uma UPA (Unidade de Pronto Atendimento) do Ministério da Saúde prevista ainda para aquele ano.

Na área de atenção básica havia 15 UBS nas quais estavam disponíveis consultas de Clínica Médica, Pediatria, Odontologia (em algumas UBSs), Ginecologia e Obstetrícia. Oferecem ainda, serviços de curativo, retirada de pontos, aplicação de injeção, nebulização, imunização, pré-natal, coleta de material para exame laboratorial, exame Papanicolau, vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis e encaminhamento para consultas especializadas. Também desenvolvem atividades de programas para grupos específicos através do Programa de Atenção à Saúde da Criança, Hipertensos, Diabéticos, Planejamento Familiar, e outros, bem como, atividades de promoção à saúde. Ainda compondo a estrutura de atenção básica, havia no início deste estudo, 9 unidades odontológicas (ITU, 2018).

7.1.1 Entrevista com secretário de saúde e vice-prefeito.

No dia 27 de março de 2016, a entrevista foi realizada no gabinete do secretário de saúde. A pesquisadora, após explicar os objetivos da pesquisa, questionou sobre as principais intenções da gestão em vigor na área da saúde para os próximos anos. Os principais apontamentos feitos pelo entrevistado foram:

Haviam contratado uma consultoria externa de avaliação da assistência municipal de saúde que permaneceu no município por duas semanas avaliando as rotinas da atenção básica. Após a coleta de informações e processamento dos dados, os consultores apontaram que seria importante a implantação de protocolos para a solicitação e realização de exames e aumento da participação e envolvimento dos responsáveis técnicos das Unidades Básicas de Saúde (UBS) na gestão.

1. O Secretário participou do Congresso Estadual dos Secretários Municipais de Saúde e se entusiasmou com os resultados positivos que outros municípios haviam obtido com a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Mencionou que a gestão anterior não havia se interessado pelo programa, mas que havia trazido muito material do congresso e que não sabia a exata participação (contrapartida) do município para a implantação da estratégia; pediu auxílio da pesquisadora para a leitura do material.
2. Entre as promessas de campanha eleitoral anunciadas para a área da saúde, estavam:
 - a) Estratégia de Saúde da Família
 - b) Poupa Tempo da Saúde: local que contraria a maior parte dos serviços de assistência básica aos cidadãos (consultas, exames etc.).
 - c) Consórcio Intermunicipal entre as cidades de Itu, Salto e Porto-Feliz para unificar os serviços de transporte comunitário para cidades que fazem o atendimento de média e alta complexidade; SVO (Sistema de verificação de óbitos) e laboratório de análises clínicas.
3. Unificação das farmácias que ficavam nas unidades básicas de saúde em apenas uma farmácia central.

No dia 06 de abril de 2016, ao retornar à prefeitura, a pesquisadora foi informada que o então secretário de saúde e vice-prefeito havia deixado a pasta da saúde. O contato de quem havia sucedido foi adquirido neste momento.

7.1.2 *Entrevista com o Prefeito Municipal*

No dia 16 de maio de 2016, a pesquisadora realizou a entrevista com o prefeito municipal em seu gabinete. Basicamente, desenrolou-se uma entrevista aberta concentrada na pergunta, “Como ele enxergava a saúde pública municipal naquele momento e quais seriam suas intenções para os próximos anos”. Os principais apontamentos foram:

1. Havia muita cobrança para que a Prefeitura de Itu (PETI) tomasse medidas e intervisse nos serviços prestados pelo Hospital São Camilo que atendia também ao SUS. Ele reforçou que não podia intervir, pois a relação se dava entre Hospital e Secretaria Estadual e passavam por um momento de perda da cordialidade entre as instituições. Inclusive eles não tinham nem acesso ao contrato de prestação de serviços entre hospital e Estado. Isso gerou uma intenção de construir um hospital próprio, municipal para atender a demanda de pequena e média complexidade reduzindo a dependência dos encaminhamentos e vagas-cross para outros municípios.

2. Mencionou estar convicto de que o SUS não havia dado certo e que o conceito de “tudo para todos a qualquer momento” é inviável e insustentável. Afirmou que, desde 1988, há uma hipocrisia em se buscar a universalização e que, até o momento, a maioria dos políticos produziu um discurso “falso e moralista”, pois elucidar sobre essa insustentabilidade “não seria bem-vindo”.

3. Discursou que os governos estaduais querem que os municípios enfrentem a maioria dos problemas e não são transparentes em dizer que o SUS não deu certo. Exemplificou afirmando que os exames de ressonância magnética ou ultrassons com doppler que não cabem no orçamento municipal. Outro exemplo, o uso de ambulância tornou-se “ambu-taxi”, pois pacientes pós-alta estavam sendo levados às suas residências de ambulância, não sendo essa uma obrigação municipal. Ilustrou mencionando que com o valor de cada exame de dopler de carótida é possível pagar 200 consultas com clínico geral. Ele afirmou que tentaria quebrar esse paradigma, conscientizando a população de que fazer política significa fazer escolhas e elencar prioridades, até na área da saúde enquanto o orçamento for insuficiente, cortes deverão ser feitos. Essa iniciativa se enquadra em um modelo que ele buscaria com mais austeridade, transparência e menos conflitos. Qualquer coisa diferente de elencar prioridades seria pura demagogia política, muitas vezes, utilizando do sofrimento da população como bandeira. Sendo assim, o lema para sua gestão seria “Que saúde escolhemos com o orçamento que possuímos” e faria da transparência a marca de seu governo.

4. Também enfatizou que as chagas da política atual (*sic*) em nosso país é que se espera o “politicamente correto” e não o “verdadeiro e transparente”. “Quando se é verdadeiro ou processos de mudança vêm à toa, as vísceras do sistema (*sic*) são expostas”.

No meu caso, como prefeito, me sinto desafiado a trocar o pneu do carro com o carro andando, cheio de pacientes dentro. (Fala de Guilherme Gazzola – Prefeito).

5. Mencionou a judicialização como um dos grandes enfrentamentos de quase todos os gestores municipais. Apelidou o acesso à serviços de saúde por meio das vias judiciais como de “SUS-VIP ou fura-fila da saúde”.

6. A implantação de protocolos médicos estaria entre as ações prioritárias em seu governo. Afirmou que a maior resistência a ser enfrentada seria o corporativismo da classe médica. Uma vez que a Secretaria Municipal de Saúde regulamenta as práticas na rede de atenção básica; não seria mais possível o clínico geral, por exemplo, solicitar ressonância magnética. Ainda ligado à solicitação de exames, usou como exemplo o programa recém implantado pelo então prefeito João Dória (PSDB) chamado “corujão da saúde” para realização de exames de imagem em horários alternativos, cujo objetivo é a redução da fila de espera para realização dos exames. Como resultado, o prefeito afirmou que a demanda por exames aumentou 75% (casos de cefaleias e lombalgias por exemplo), e os resultados eram de normalidade para a maioria dos casos, ou seja, nas palavras o prefeito:

O corujão não adiantou nada. Só aumentou a demanda por exames. O que precisa é controlar quem pede e para quem pede (Fala de Guilherme Gazzola – Prefeito).

7. Com relação à gestão estadual na área da saúde, afirmou que há leitos suficientes para atender toda a demanda, porém há falta de gestão⁷.

Não precisamos de mais médicos ou de mais leitos. Precisamos de uma gestão eficiente, transparente, focada em recursos, demanda e prioridades. Vivemos sob uma cultura do “nós vamos salvar o SUS e ninguém tem coragem de falar que o sistema faliu. (Fala de Guilherme Gazzola – Prefeito).

8. Com relação às UBS, argumentou que a maioria das queixas estava relacionada ao horário de funcionamento, à falta de uso de crachás de identificação, à educação dos prestadores que chegam a esconder copos plásticos e papel higiênico para dizer que estão em

⁷ O modelo no qual o SUS foi inspirado no National Health Service da Inglaterra; porém sua eficiência é garantida porque existem seleção, protocolos, regras e metas”. (TANAKA; OLIVEIRA, 2007).

falta. Acerca de tais queixas, o prefeito daria foco para o “maior comprometimento dos prestadores, bem como implantação de quadros de funcionários em cada UBS”.

9. Na consultoria mencionada pelo secretário de saúde, que havia custado R\$ 60.000,00 ao município, foram apresentadas alternativas para redução de gastos e somente no primeiro mês economizaram R\$ 120.000,00 com a empresa responsável pela logística e distribuição de medicamentos através das alterações nos estoques mínimos e máximos com pontos de disparos. O prefeito utilizou do exemplo acima para reforçar a ideia de que “os maiores problemas se encontram na falta de gestão e não de materiais, insumos ou serviços”

10. Quando questionado sobre as políticas ou ações focadas em sua gestão, mencionou: Referenciamento das atividades (especialistas dando o devido encaminhamento aos pacientes); Implantação de protocolos médicos para solicitação de exames; Melhor relacionamento entre a secretaria de saúde e os prestadores e usuários; Descentralização (usuários precisam conhecer a estrutura de atendimento de saúde para saber o que e quando procurar cada serviço).

11. O Secretário também afirmou que 70% dos atendimentos feitos em Pronto Atendimento (P.A.) não são casos de P.A. e, sim, de UBS.

7.1.3 Entrevista com a Secretária de Saúde

No dia 14 de junho de 2017, foi realizada a entrevista com a então secretária de Saúde, Janaína Guerino. Nesse momento, a pesquisadora já havia iniciado a etapa 2 da coleta de dados que consiste nas visitas às UBS e entrevistas preliminares com usuários e funcionários das unidades de saúde. Por motivo de agenda, a Secretária não pôde receber a pesquisadora antes, porém autorizou iniciar a pesquisa de campo visitando as unidades. Mediante os resultados parciais da coleta de dados, a Secretária apresentou os seguintes apontamentos:

1. Durante a implementação do protocolo para solicitação de exames nas UBSs, houve muita resistência da categoria médica. Alguns profissionais, inclusive afirmaram que não seguiriam tal orientação.
2. O maior problema da saúde pública municipal é a falta de motivação dos funcionários.
3. Estavam implementando a farmácia central para desobstruir as UBSs.

4. Havia falta de “quase tudo” aquilo que se espera em termos de saúde no município e se queixa do grande volume de trabalho burocrático que toma a maior parte de seu tempo, dificultando a solução de questões relevantes para a melhoria da atenção prestada.

A partir dos apontamentos dispostos pelo prefeito, ex-secretário de saúde (vice-prefeito) e secretária de saúde, optou-se por, durante as entrevistas que estariam por vir, contemplar a percepção dos atores com relação as seguintes políticas e/ou ações na área da saúde.

Quadro 3 Políticas/ ações públicas na área da saúde municipal que foram foco da gestão 2017-2020.

CATEGORIAS DE AÇÕES	AÇÕES
Educação e informação	1. Tv nas UB's
Estrutural	2. Farmácia central
	3. Farmácia escola no Pirapitingui
Gestão	4. Consórcio intermunicipal
	5. Ponto eletrônico nas UBS
	6. Prontuário Eletrônico na UBS 2
	7. Enfermeira auditora para resultados
Imagem	8. Uniformes e crachás
Saúde / assistência	9. Hospital dia
	10. Protocolos médicos
	11. Troca de laboratório
	12. E.S.F cidade nova

Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

As principais justificativas para tais ações foram:

TV nas UBS

- Os gestores afirmaram que as TV existentes nas UBS desativadas poderiam ser aliadas para melhor comunicação com a população através de conteúdos educativos, por exemplo, ensinando quando a população deveria buscar uma UBS ou um PAM.

Farmácia Central

- As farmácias existentes nas UBS são responsáveis por aglomerar grande número de pessoas gerando queixas por falta de funcionários e baixo controle de insumos e medicamentos. No bairro afastado da região central a farmácia recebe estagiários do curso de farmácia em virtude da parceria com Centro Universitário.

Consórcio Intermunicipal

- Parceria entre os municípios Itu, Salto e Porto Feliz para otimização e redução de custos de transporte para pacientes com maior complexidade para municípios de referência;
- Serviço de Verificação de óbitos;
- Laboratório de análises clínicas;
- A parceria entre os municípios gera redução dos custos e ganho de escala nas negociações com prestadores de serviços.

Ponto Eletrônico nas UBS

- Condição básica, uma vez que o Ministério Público recebeu denúncias de médicos que supostamente estariam trabalhando, simultaneamente, na UBS e clínica privada; portanto não cumprindo a jornada contratada.

Prontuário Eletrônico - UBS 2

- Como uma recomendação do Ministério da Saúde para a informatização da atenção básica, a secretaria iniciou a implantação do prontuário eletrônico do paciente na UBS de maior volume de pacientes.

Enfermeira Auditora para Resultados

- Em resposta à falta de controle das ações nas UBS, a secretaria nomeou uma enfermeira para visitar e acompanhar as atividades de cada UBS para otimizar a comunicação e os processos.

Uniformes e Crachás

- Para padronizar o atendimento e melhorar na relação entre funcionários da UBS e usuários;
- A ação também facilita a identificação do funcionário em caso de mau atendimento na UBS.

Hospital Dia

- Para reduzir a dependência da estrutura estadual nos procedimentos de pequena e média complexidade a secretaria alugou um imóvel para transformar em hospital-dia; posteriormente chamado Hospital-municipal.

Protocolos Médico

- Baseado nas orientações do Ministério da Saúde, o município implantou protocolo de solicitação de exames nas UBS limitando o tipo de paciente o tipo de exame que cada modalidade médica poderia solicitar.

Troca de Laboratório

- Substituição do prestador de serviços visando maior efetividade na coleta dos materiais, tempo de entrega de resultados e menor custo por esse serviço.

ESF Cidade Nova

- Como Projeto Piloto, a secretaria testou o modelo de atendimento centralizado no médico da família em uma UBS que concentrava o maior número de pacientes.

7.2 Etapa 2: Resultados observados durante aplicação do instrumento preliminar e entrevistas com funcionários e usuários das UBS

Ao longo desta etapa, evidenciou-se a necessidade de envolvimento direto com o campo pesquisado. A cautela estava para além da elaboração do instrumento preliminar e das entrevistas, pois o estudo teórico acompanhou todo o planejamento e execução do trabalho de campo.

Nesta etapa, a atenção também está direcionada para os novos temas, fatores ou conceitos que poderiam emergir durante as entrevistas e observações. Melhor dizendo, a postura vigilante da pesquisadora propiciou identificar e explorar assuntos relacionadas à gestão na saúde do município, de acordo com o interesse da área de pesquisa gerando uma contribuição original para o conhecimento em políticas de saúde, em especial, gestão municipal de saúde.

Durante elaboração do instrumento preliminar, buscou-se reunir dados dos significados das entrevistas e das observações na medida em que pudessem ser codificados de tal modo que fosse possível serem analisados estatisticamente. Portanto, a pesquisadora, na verdade, quantificou os dados qualitativos. Alguns dados foram quantificados a partir das informações preliminares sobre as pessoas entrevistadas e sobre os lugares visitados. Entretanto, a importância se configura quanto à análise interpretativa dos resultados devendo ser a parte fundamental deste estudo.

7.2.1 Perfil dos usuários entrevistados

Para apresentar de forma quantitativa o perfil dos usuários entrevistados foi necessário separar seis pontos descritivos que foram perguntados nas entrevistas:

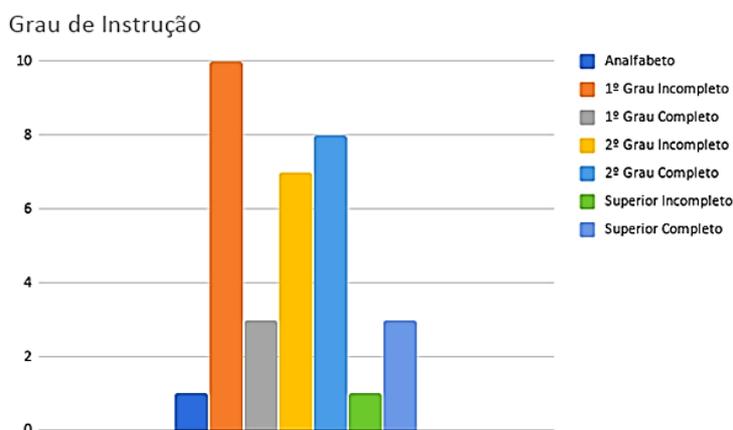
1 e 2. Gênero e idade:

Dentre as 33 pessoas entrevistadas, 21 delas eram mulheres e 12 eram homens. A média de idade dos usuários entrevistados foi de 40,6 anos, sendo a média de idade das mulheres menor (38 anos) do que a média de idade dos homens (44 anos).

3. Grau de instrução:

Havia usuários com variados graus de instrução, desde analfabetos (1 pessoa) até pessoas com ensino superior completo (3 usuários). Cabe destaque às variações da escolarização de ensino médio, já que os que cursaram os anos completos ou incompletos desse nível, juntos consistiram em 84% dos usuários entrevistados.

Figura 12 Perfil dos usuários entrevistados segundo o grau de instrução.



Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

4 e 5. Profissão e renda familiar

Com relação à profissão dos entrevistados, mais da metade deles estava desempregado e aposentado. Em relação à renda familiar, a maioria ficou entre 1 e 3 salários-mínimos (totalizando quase 40% dos usuários), seguidos com um percentual semelhante por aqueles que vivem com menos de um salário-mínimo (21% deles) e os que vivem com renda entre 3 e 5 salários (27%).

6. Motivos de procura da UBS

Quando questionados sobre os motivos que os levaram até a UBS, 12 deles disseram que passariam por consulta médica ou tentariam agendar; 8 iriam tomar vacina; e 4 deles levaram bebê para sua inclusão no Programa Bolsa Família ou estavam em consulta pré-natal.

7.3 Etapa 3: Entrevista com usuário e funcionários da UBS utilizando instrumentos definitivo

Nesta etapa, a pesquisadora já havia definido o campo a ser pesquisado, bem como as ações ou políticas na área da saúde que seriam implantadas pela gestão vigente e, posteriormente, analisadas a fim de compreender como os atores envolvidos no processo percebiam tais ações.

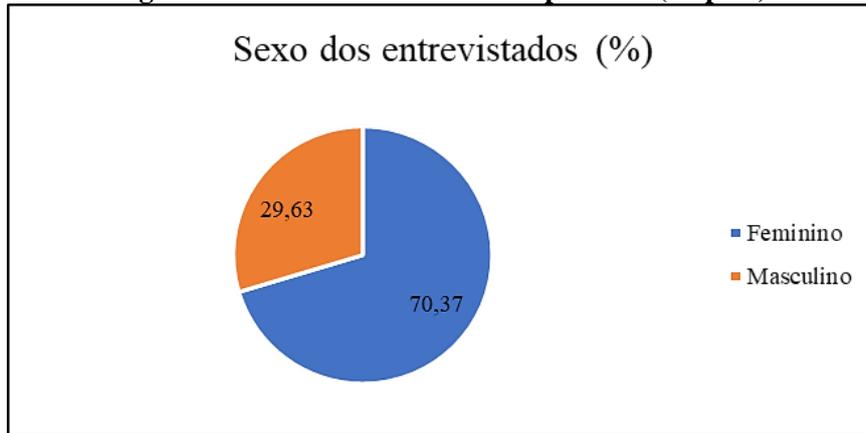
Os critérios e a abordagem para a realização das entrevistas foram os mesmos da etapa 2 descrita. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora que contou com o apoio de uma estudante de enfermagem, previamente treinada e familiarizada com o instrumento. No total, foram realizadas 83 entrevistas com funcionários das UBS e 135 entrevistas com usuários. Nesta etapa, todas as UBS do município foram contempladas pelo estudo.

Os resultados foram divididos em duas grandes classificações. A primeira consiste em uma classificação geral do perfil dos usuários, bem como a motivação da procura e da percepção dos desses sobre o Sistema de Saúde Municipal. Já a segunda, tem enfoque nas ações promovidas pela nova gestão, seguindo as categorias elaboradas.

7.3.1 Perfil dos usuários entrevistados nas UBS do município

A Figura 7 ilustra o perfil dos usuários foi baseado nas seguintes categorias: sexo, idade, escolaridade e renda básica. Foram entrevistados um total de 135 usuários, sendo que 70,37% eram do sexo feminino e 29,63% do sexo masculino.

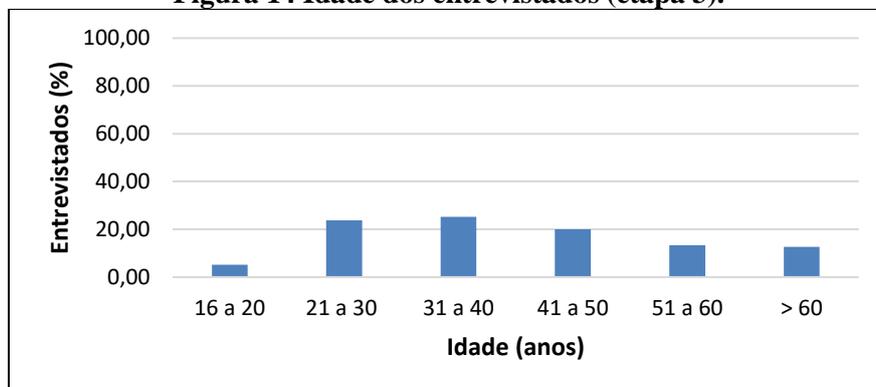
Figura 13 Perfil dos entrevistados por sexo (etapa 3).



Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

A Figura 3 mostra a idade dos entrevistados que variou dos 16 aos 76 anos, com maior incidência das pessoas com 31 a 40 anos.

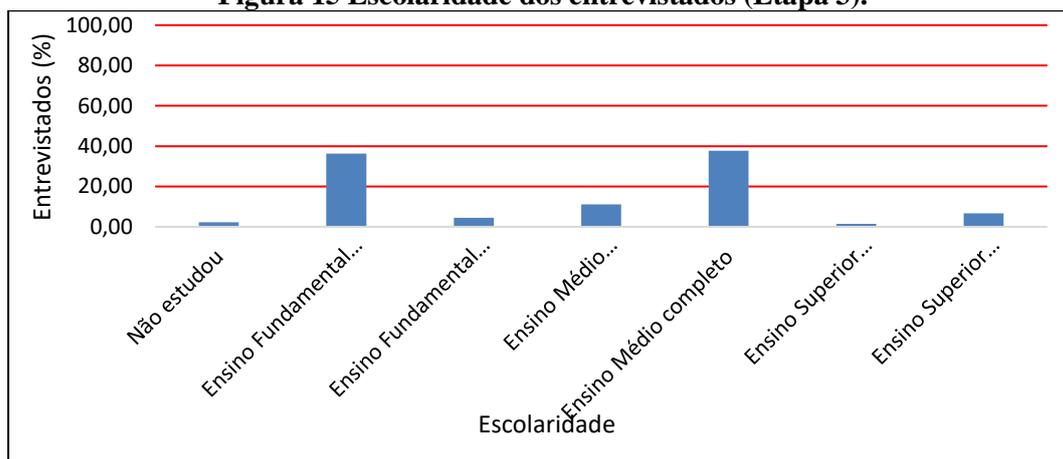
Figura 14 Idade dos entrevistados (etapa 3).



Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

A escolaridade englobou desde aqueles que não estudaram até os que possuem ensino superior completo, sendo que a maioria possui ou ensino fundamental completo ou ensino médio completo, conforme ilustra o a Figura 9.

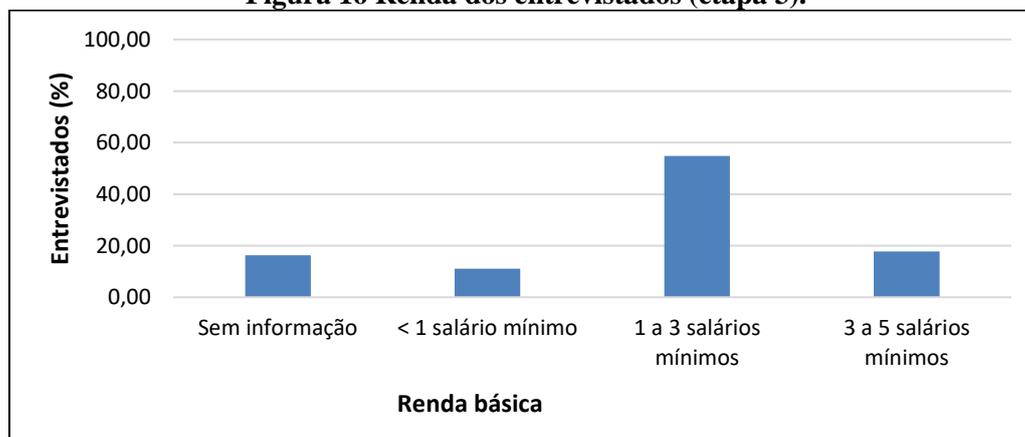
Figura 15 Escolaridade dos entrevistados (Etapa 3).



Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

Já em relação à faixa de renda, a Figura 10 mostra algumas pessoas corresponderam em todas as categorias perguntadas, desde menor do que 1 salário-mínimo até pessoas de 3 a 5 salários-mínimos.

Figura 16 Renda dos entrevistados (etapa 3).



Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

Em relação à motivação e em quais situações procuram pelo sistema municipal de saúde, os entrevistados apontaram a necessidade da procura para o agendamento e execução de exames e consultas; vacinação e, em casos mais urgentes, encaixe de consultas sendo a incidência muito maior para a procura por consultas, como demonstra a Figura 11.

Figura 17 Motivação dos entrevistados de ir à UBS (etapa 3).



Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

Ainda atrelado à motivação da procura pelo Sistema de Saúde essa pesquisa abordou quais características os entrevistados gostam nas UBS visitadas. Os resultados mostraram que há uma grande variação nas respostas; algumas especialidades médicas (ginecologia, homeopatia, pediatria); atendimento da enfermagem; o ambiente físico no geral; a organização; higiene; tranquilidade e proximidade da residência.

Entretanto, o atendimento geral (60%) e o atendimento médico (12,6%) foram apontados pela maioria dos entrevistados como motivações para a procura do Sistema de Saúde; e 8,15% dos entrevistados disseram não identificar nenhuma qualidade nas UBS contempladas.

7.3.2 Percepções dos usuários em relação às ações promovidas pela gestão das UBS

Nessa mesma abordagem, os entrevistados foram questionados sobre quais características eles não gostavam nas UBS. Mais uma vez, houve uma grande variação nas respostas obtidas, as quais incluíram desde o ambiente das UBS, como banheiros, falta de organização e o excesso de barulho como também ausência de vacinas e de médicos, os horários das consultas, o atendimento dos funcionários em geral, doenças trazidas pelas pessoas e a mudança da farmácia para outro local.

A maioria dos entrevistados (31,11%) apontou não gostar do grande tempo de espera nos atendimentos oferecidos; 7,41% apontou não gostar da higiene e 3,70% disse que a UBS não possuía atributos que lhe agradassem. Em contrapartida, 20,75% deles disseram não ter reclamações sobre as UBS.

Em relação à percepção dos usuários sobre as ações implementadas (ou não) no Sistema de Saúde Municipal, foi considerada a avaliação sobre a nova gestão municipal (2016-2020), quase 60% dos usuários (A Figura 7) avaliaram a nova gestão negativamente, sendo que as principais justificativas foram:

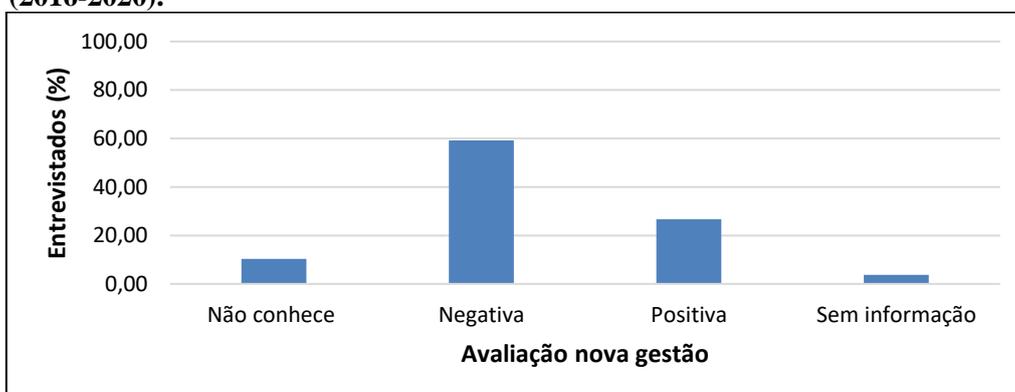
- a) Superlotação das UBS, que conseqüentemente, aumentou as filas e o tempo de espera para os serviços oferecidos;
- b) Piora na qualidade no sistema de saúde municipal e no atendimento;
- c) Falta de funcionários no geral;
- d) Falta de medicamentos;
- e) Má gestão da saúde municipal;
- f) Má qualidade do Hospital Dia;
- g) Falta de atendimento humanizado;
- h) Ausência de melhoria quando comparada à gestão anterior.

Em contrapartida, 26,67% dos entrevistados avaliaram positivamente a nova gestão, sendo as principais justificativas:

- a) Maior espaço físico nas UBS;
- b) Maior organização e agilidade dos atendimentos;
- c) Abertura do Hospital Dia e mais UPA;
- d) Melhoria no atendimento familiar;
- e) Menor tempo na lista de espera.

Ao mesmo tempo, 10,37% disseram não ter conhecimento sobre as ações implementadas pela nova gestão. A Figura 12 mostra a avaliação dos usuários para a nova gestão.

Figura 18 Avaliação dos usuários para a nova gestão no Sistema de Saúde Municipal (2016-2020).



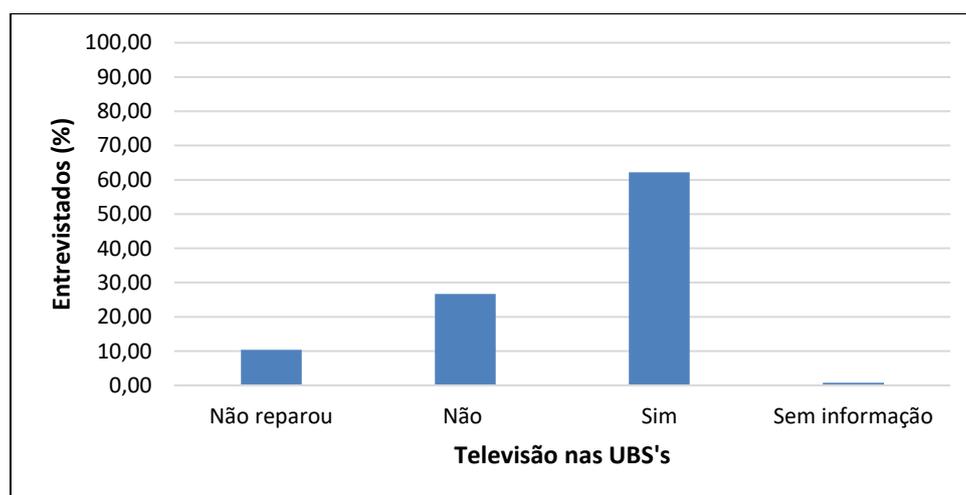
Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

1 - Percepções dos usuários em relação às ações implementadas para a educação e para a informação

Em relação às ações promovidas, a primeira categoria tratou de abordar a educação e a informação fornecida aos usuários. Para isso, essa abordagem tentou identificar a percepção dos usuários nas mudanças nas informações oferecidas nas UBS. Neste caso, tratou-se da percepção da presença do aparelho de televisão.

A Figura 13 evidencia que a maioria dos entrevistados, 62,22%, afirmou que havia televisão nas UBS, enquanto 26,67% disse não haver e 10,37% não percebeu se havia ou não.

Figura 19 Percepção dos usuários entrevistados quanto a presença de TV na UBS.

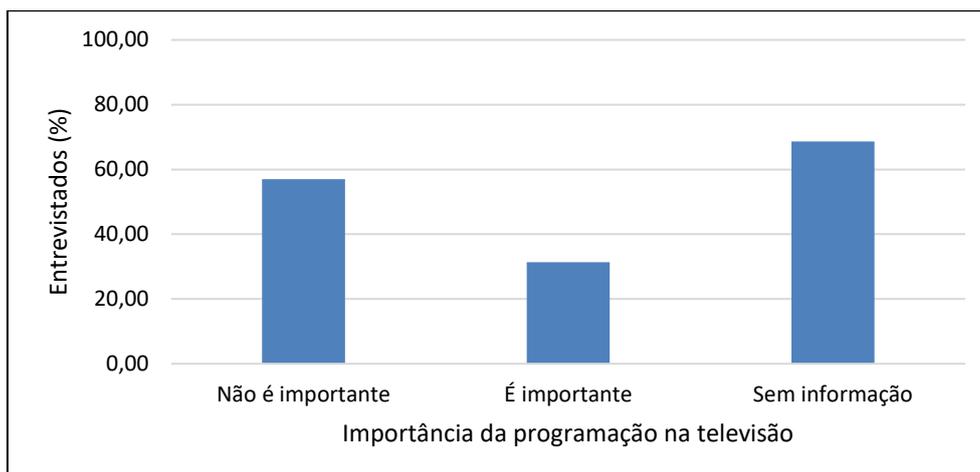


Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

Quando havia televisão, os entrevistados foram questionados sobre o tipo de programação exibida. As principais respostas foram: conteúdo sobre Itu, propaganda em geral e eleitoral, televisão desligada ou sem funcionar, e até mesmo alguns usuários disseram não entender a programação exibida.

Ainda dentro das ações de educação e informação, os usuários foram questionados sobre a importância da programação exibida na televisão. Apenas 20% dos entrevistados disseram achar importante o conteúdo exibido nas televisões das UBS.

Figura 20 Percepção dos usuários entrevistados quanto a importância da programação exibida na Televisão.



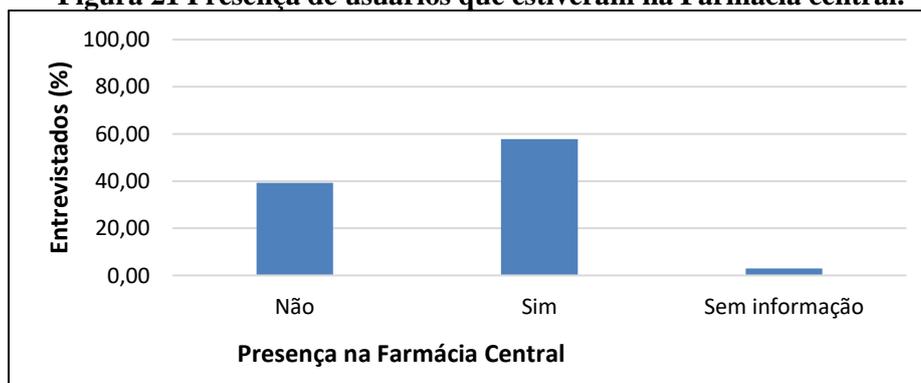
Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

A Figura 14 destaca que a maioria dos entrevistados (43,70%), não respondeu essa pergunta no questionário aplicado. Ainda, quando questionados sobre o porquê da importância da programação exibida nas televisões, houve uma grande variedade de respostas, entre elas: é favorável apenas para o prefeito, pois passa propaganda dele; distrai o usuário e ajuda a passar o tempo; ajuda na informação e orientação; não distrai os usuários; não informa nem educa. Além disso, alguns usuários disseram não saber e/ou não reparar.

2 - Percepções dos usuários quanto às mudanças estruturais em relação às farmácias do Sistema de Saúde Público do município de Itu (SP).

A segunda categoria das ações promovidas pela nova gestão abordou a percepção dos usuários nas mudanças estruturais. A maioria dos entrevistados (57,78%) afirmou que já esteve na Farmácia Central, enquanto 39,26% não.

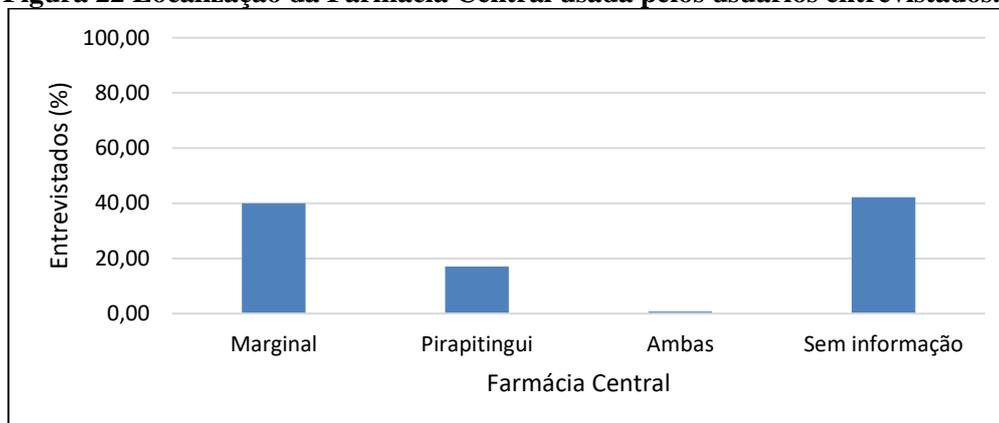
Figura 21 Presença de usuários que estiveram na Farmácia central.



Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

Quando questionados sobre em qual Farmácia Central estiveram, a maioria dos entrevistados (42,22%) não respondeu; entretanto, 40% deles disseram que estiveram na Farmácia da Marginal. A Figura 15 aborda a localização da Farmácia Central mais utilizada pelos usuários.

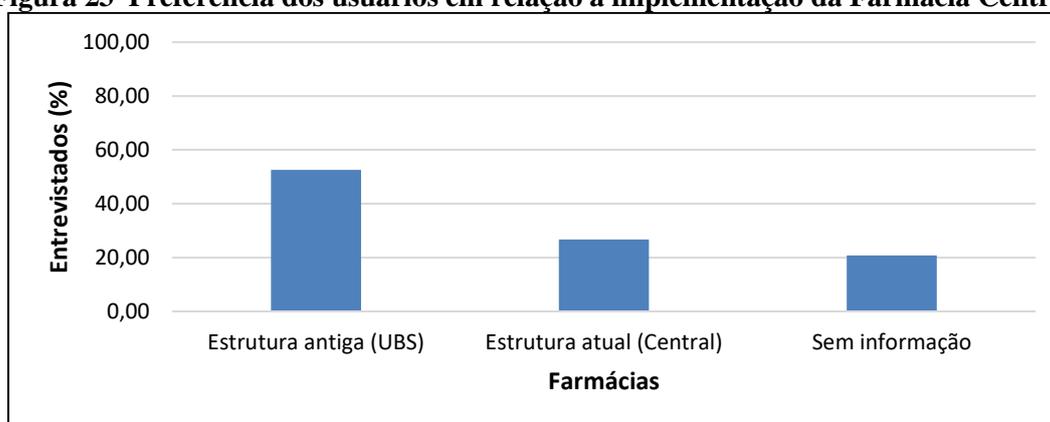
Figura 22 Localização da Farmácia Central usada pelos usuários entrevistados.



Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

A Figura 17 aborda sobre a preferência dos usuários em relação à implementação da Farmácia Central. Os usuários responderam sobre sua preferência em relação à implementação da Farmácia Central (gestão atual) ou das farmácias existentes em cada uma das UBS (gestões anteriores e substituídas durante a atual).

Figura 23 Preferência dos usuários em relação à implementação da Farmácia Central.



Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

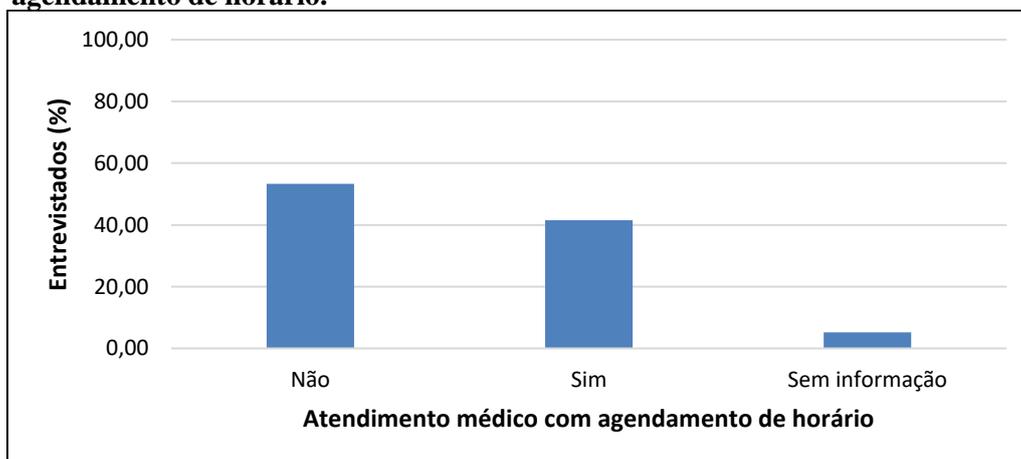
A maioria dos entrevistados (52,59%) relatou preferir as farmácias localizadas nas UBS, sendo que as principais justificativas foram: dificuldade no deslocamento, pois a Farmácia Central

fica mais afastada das residências dos usuários⁸; ausência de medicamentos na Farmácia Central; melhor atendimento; por costume e praticidade (já sai da consulta e pega o medicamento na farmácia da UBS). Em contrapartida, 26,67% dos usuários disseram que preferem a Farmácia Central e, entre as principais justificativas estão a maior organização e agilidade; maior disponibilidade de medicamentos; melhor atendimento e espaço amplo.

3 - Percepções dos usuários em relação aos horários de atendimento e cumprimentos das normas nas UBS

A terceira categoria de ações promovidas pela nova gestão abordou a percepção dos usuários quanto aos horários de atendimento e cumprimento das normas. A primeira pergunta foi em relação ao atendimento médico, ou seja, se há atendimento com agendamento de horário. Dos entrevistados, 53,33% disseram que não há agendamento de horário, enquanto 41,48% disseram que há atendimento com hora marcada, como mostra a Figura 18.

Figura 24 Percepção dos usuários em relação ao atendimento médico com agendamento de horário.



Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

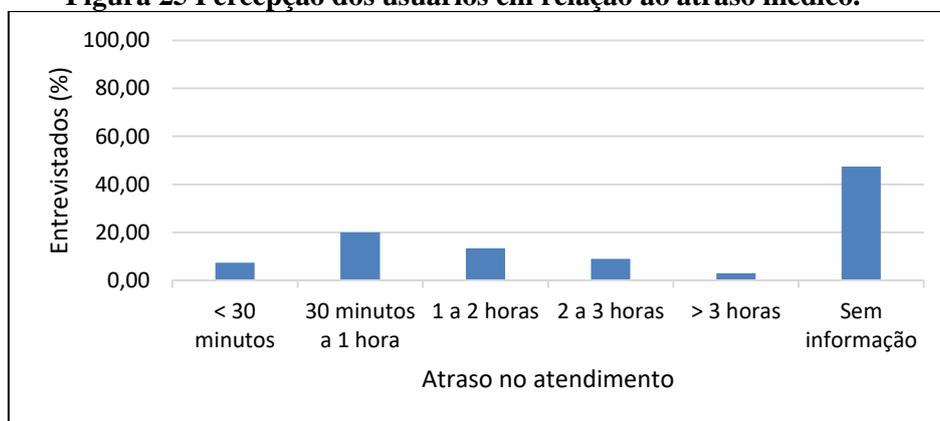
A segunda pergunta abordou sobre o atraso no atendimento médico. O tempo de atraso relatado pelos usuários variou de menos que 30 minutos até mais de 3 horas, como exibe a Figura 19.

Cabe destacar que o tempo de atraso mais reportado (20,0%) foi de 30 minutos a 1 hora; a maioria dos usuários deixou essa questão em branco no questionário.

⁸ Ver Mapa das UBS, Anexo 6.

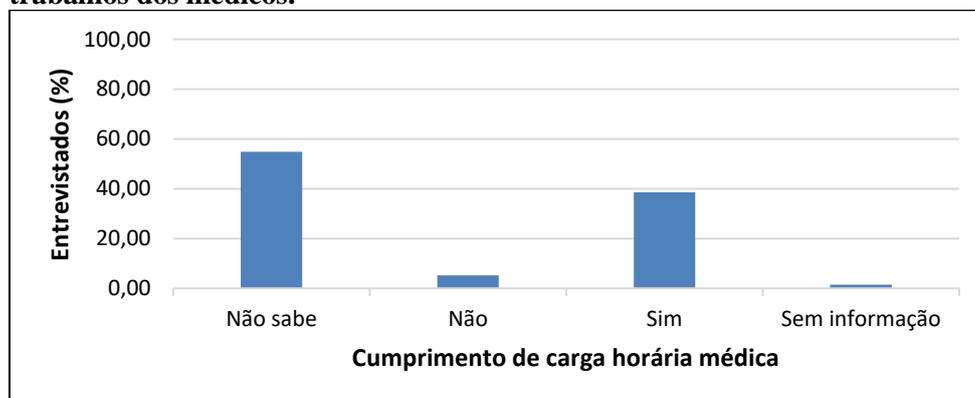
Já na terceira pergunta, os usuários foram questionados também quanto a se tinham conhecimento sobre cumprimento de jornada de trabalho por parte dos médicos. A maioria (54,81%) disse não saber, enquanto 38,52% disse que os médicos devem cumprir carga horária.

Figura 25 Percepção dos usuários em relação ao atraso médico.



Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

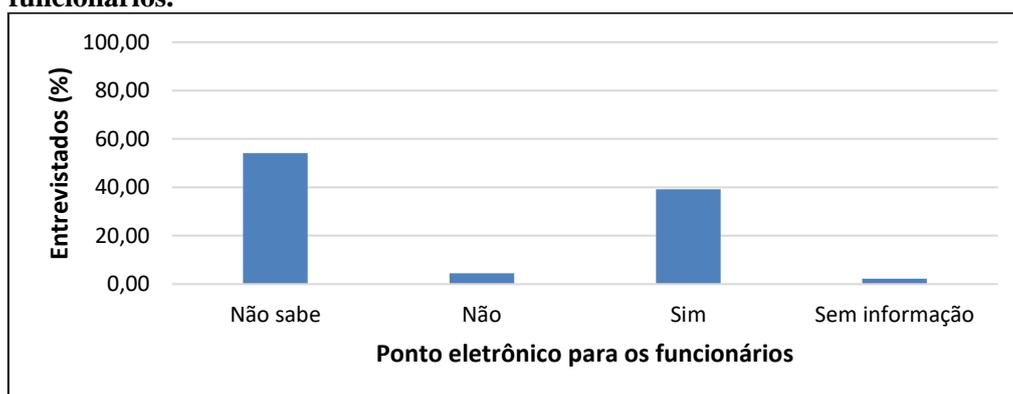
Figura 26 Conhecimento dos usuários em relação ao cumprimento da jornada de trabalhos dos médicos.



Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

A última questão, apresentada na Figura 21, relaciona o conhecimento dos usuários sobre a utilização de ponto eletrônico por parte dos funcionários das UBS. A maioria deles (54,07%) afirmou não ter conhecimento, enquanto 39,26% afirmou que os funcionários utilizam sim o ponto eletrônico.

Figura 27 Conhecimento dos usuários em relação ao uso do ponto eletrônico dos funcionários.

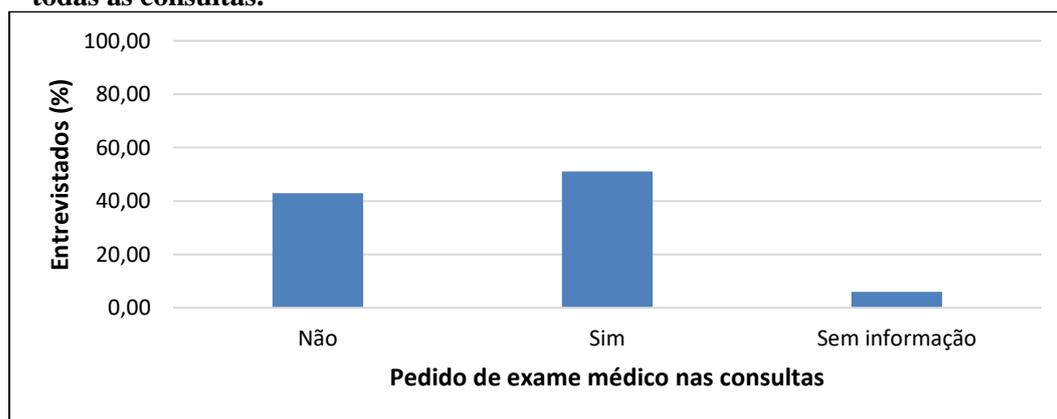


Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

4 - Percepções dos usuários em relação ao protocolo médico nas UBS estudadas

A quarta categoria das ações promovidas pela nova gestão abordou a percepção dos usuários quanto ao protocolo médico de atendimento. Os usuários foram questionados quanto se havia o pedido de exames em todas as consultas executadas, de acordo com a Figura 22, a maioria relatou que sim (51,11%).

Figura 28 Percepções dos usuários em relação a existência do pedido de exames em todas as consultas.

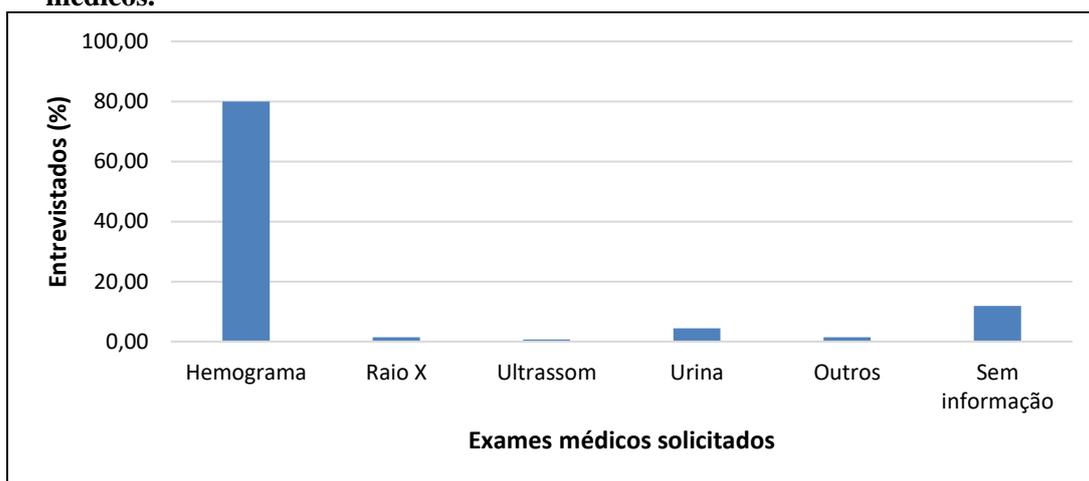


Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

Quando questionados sobre a frequência dos pedidos de exame, houve uma grande variação de respostas, entre elas: uma vez ao mês, quatro vezes ao ano, duas vezes ao ano, uma vez ao ano, após duas consultas, dependendo da especialidade, em quase todas as consultas, nunca, quando necessário, quando o paciente solicita e quando há sintomas.

Ainda em relação aos protocolos médicos aplicados, os usuários entrevistados foram questionados sobre os tipos de exames que já foram solicitados pelos médicos durante as consultas realizadas. A maioria (80%) alegou que foi o hemograma, seguido pelo exame de urina (4,44%), assim mostra a Figura 23.

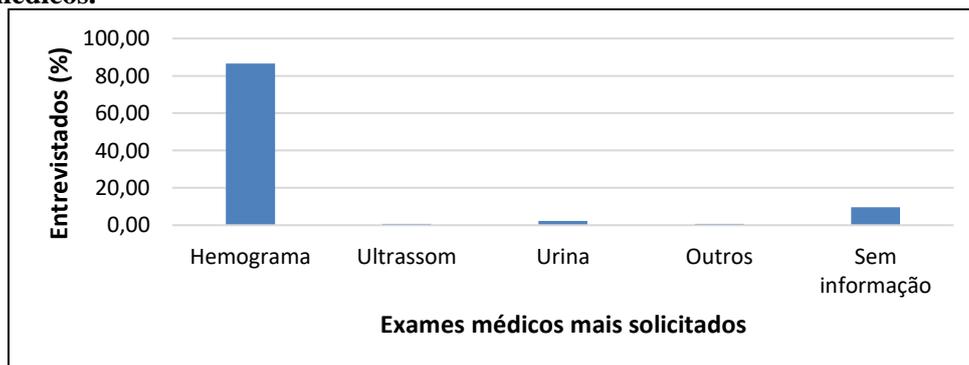
Figura 29 Percepção dos usuários sobre quais são os exames mais solicitados pelos médicos.



Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

Cabe ressaltar que 11,85% dos entrevistados não responderam essa questão. A Figura 24 mostra que esse mesmo padrão de resposta também foi encontrado quando a pergunta foi em relação aos exames médicos mais frequentemente solicitados (hemograma e urina).

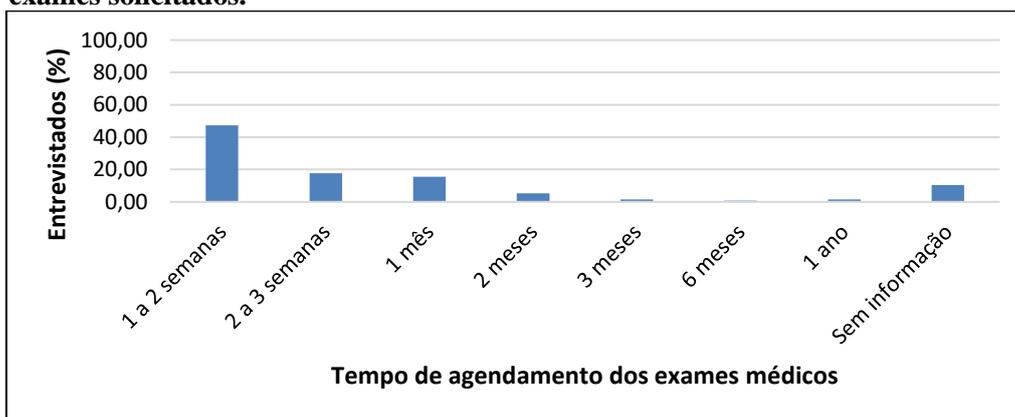
Figura 30 Percepção dos usuários sobre quais são os exames mais solicitados pelos médicos.



Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

Os usuários também foram questionados sobre o tempo levado para o agendamento dos exames médicos solicitados. A maioria (47,41%) alegou que o tempo é de uma a duas semanas, seguido de duas a três semanas (17,78%) e chegando a um mês (15,56%).

Figura 31 Percepção dos usuários sobre tempo levado para o agendamento dos exames solicitados.

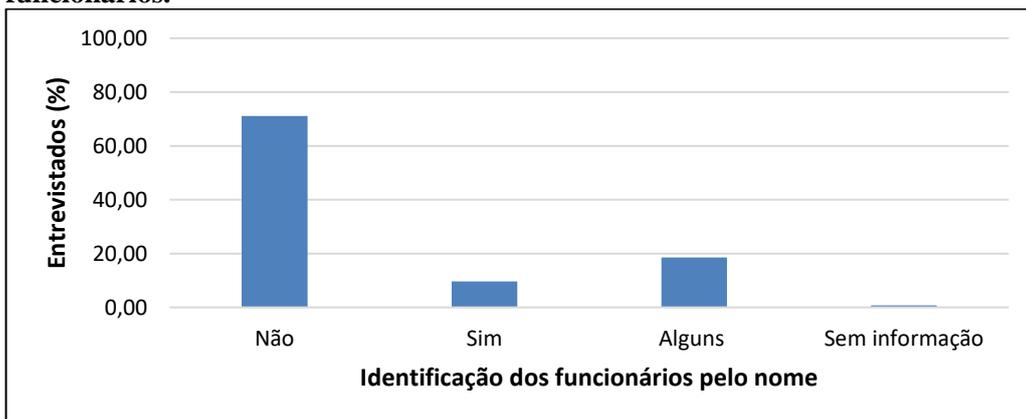


Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

5 - Percepções dos usuários quanto à imagem transmitida pelos funcionários das UBS

A quinta categoria das ações promovidas pela nova gestão abordou a percepção dos usuários quanto à imagem transmitida pelos funcionários das UBS. A primeira questão diz respeito se os usuários conheciam os funcionários pelo nome. A Figura 26 mostra que a maioria respondeu que não conhece (71,11%), seguido pelo conhecimento de apenas alguns funcionários (18,52%).

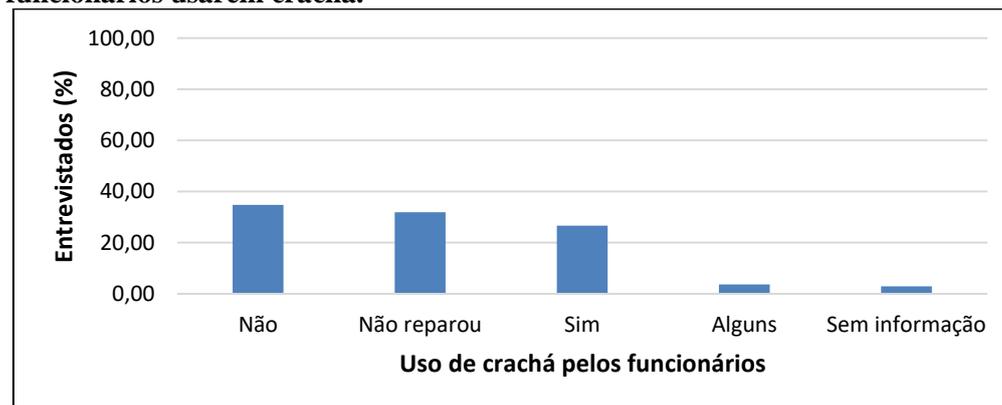
Figura 32 Entendimento do conhecimento dos usuários em relação ao nome dos funcionários.



Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

A segunda questão abordou o conhecimento dos usuários sobre o fato de os funcionários usarem crachá de identificação. A Figura 27 apresenta que a maioria dos usuários (34,81%) disse que não, seguido daqueles que não repararam (31,85%) e dos que disseram que sim (26,67%).

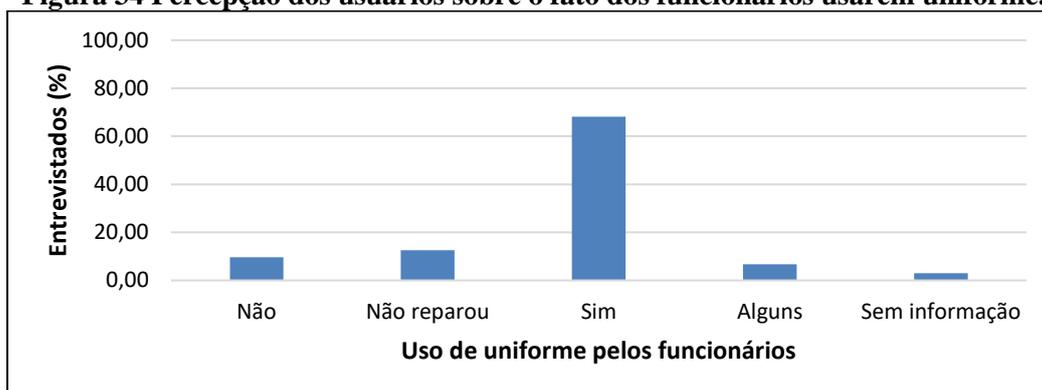
Figura 33 Entendimento sobre os conhecimentos dos usuários sobre o fato dos funcionários usarem crachá.



Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

A terceira questão ainda associada à imagem dos funcionários, foi em relação ao uso de uniformes. A maioria (68,15%) alegou que os funcionários utilizavam uniformes, seguido dos que não repararam (12,59%) e daqueles que disseram que não há o uso de uniformes (9,63%).

Figura 34 Percepção dos usuários sobre o fato dos funcionários usarem uniforme.



Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

6 - Percepções dos usuários quanto à assistência médica da Estratégia de Saúde da Família

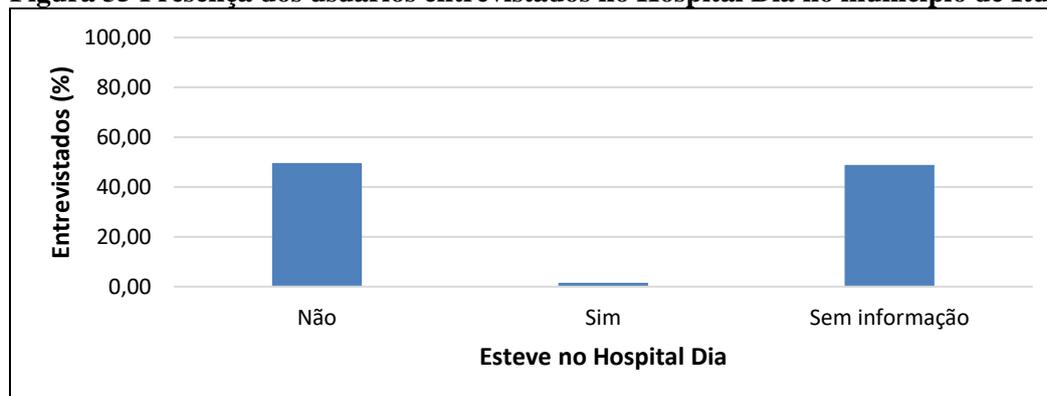
A sexta categoria das ações promovidas pela nova gestão abordou a percepção dos usuários quanto à assistência médica por intermédio da Estratégia de Saúde da Família (ESF). O primeiro questionamento se referiu se os usuários foram atendidos pelo(a) Médico(a) de Família nas duas UBS que oferecem esse tipo de atendimento.

Dos usuários entrevistados nas UBS que possuem esse tipo de atendimento, houve empate entre os que alegaram não terem sido atendidos e os que não conheciam; a minoria alegou ter sido atendida. Porém, dos usuários entrevistados que alegaram terem sido atendidos através da ESF, todos afirmaram gostar do atendimento. As principais justificativas foram relacionadas ao atendimento humanizado e o cuidado realizado pelo(a) Médico(a).

7 - Percepções dos usuários quanto ao Hospital Dia no município de Itu (SP).

Por fim, a sétima e última categoria das ações promovidas pela nova gestão abordou a percepção dos usuários quanto ao Hospital Dia. Os usuários foram questionados se tinham estado no hospital. A maioria dos que respondeu (49,63%) disse que não, enquanto somente 1,48% dos entrevistados alegaram que sim. Destacamos aqui que muitos (48,89%) não responderam essa questão.

Figura 35 Presença dos usuários entrevistados no Hospital Dia no município de Itu (SP).



Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

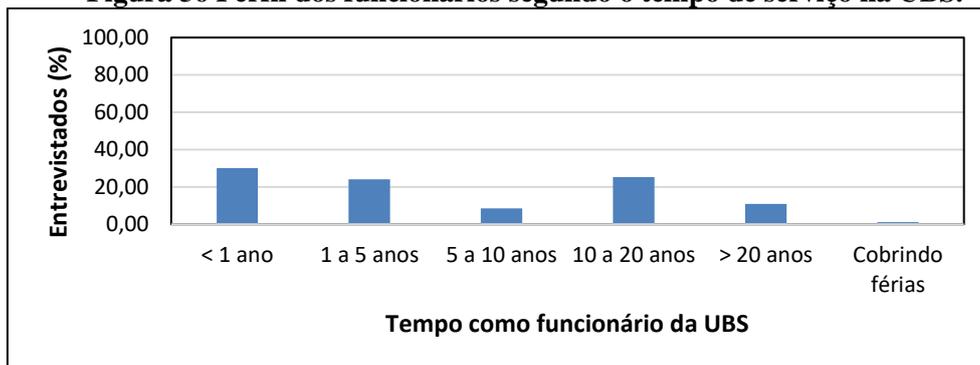
7.3.3 Classificação geral do perfil dos funcionários das UBS

Os funcionários das UBS pesquisadas também foram divididos em duas categorias gerais. A primeira consiste no perfil dos funcionários das UBS e a segunda na percepção dos funcionários sobre as ações promovidas pela nova gestão.

O perfil dos funcionários é caracterizado por uma grande variedade de cargos ocupados, tais como: assessor de farmácia, assessor digital, agente administrativo, agente comunitário de saúde, auxiliar administrativo, auxiliar de enfermagem, auxiliar de laboratório, auxiliar de limpeza, auxiliar de saúde, arquivista, coordenador de laboratório, dentista, enfermeiro(a), enfermeiro(a) chefe, enfermeiro responsável, farmacêutica, guarda civil, limpeza, médica da família, nutricionista, recepcionista e técnico de enfermagem e médicos(as) (clínico geral, ginecologista, ginecologista obstetra, homeopata, médico(a) pediatra). Os funcionários apresentaram uma grande variedade no tempo de trabalho em cada uma das UBS.

Na Figura abaixo, é possível perceber que a 30,12% está há menos de 1 ano no serviço, enquanto outros 25,3% está entre 10 e 20 anos. Apenas 8,4 está neste local entre 5 e 10 anos, e 24% entre 1 e 5 anos, o que mostra que existe um grupo significativo de funcionários antigos (os 25,3%) e toda uma nova geração com até 5 anos de trabalho, somando pouco mais de 50% dos entrevistados, conforme mostra a Figura 30.

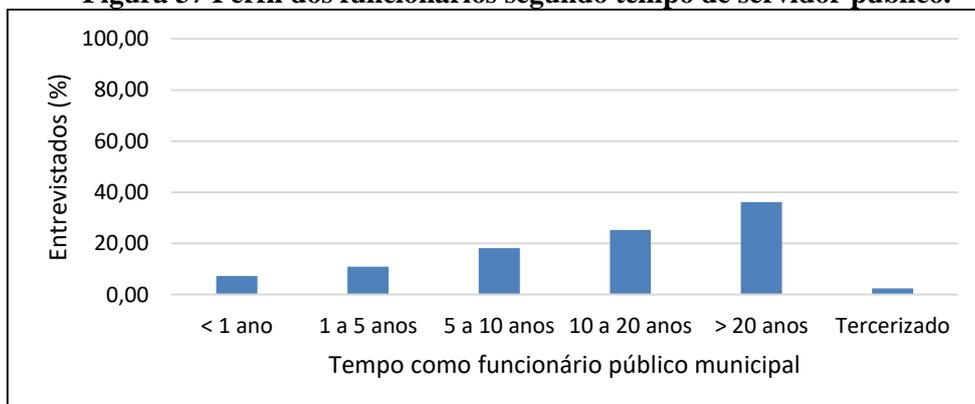
Figura 36 Perfil dos funcionários segundo o tempo de serviço na UBS.



Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

Quando questionados sobre o tempo trabalhando como funcionário público municipal, a maioria (61,44%) disse ter mais de 10 anos de como funcionário público, a Figura 31 mostra que 36,15% deles está no serviço público há mais de 20 anos. Já para os iniciantes, apenas 7,23 respondeu ter menos de 1 ano.

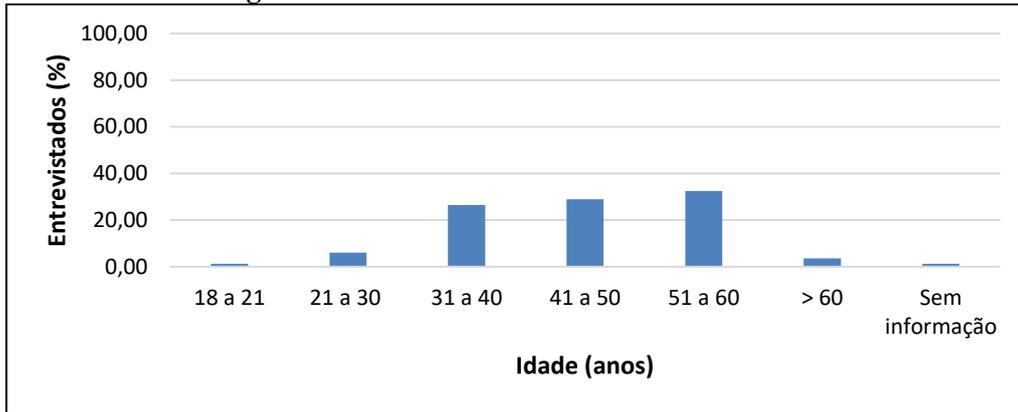
Figura 37 Perfil dos funcionários segundo tempo de servidor público.



Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

Em relação à idade dos funcionários entrevistados, a Figura apresenta que a maioria possui idade entre 31 e 60 anos (somados, 87,96%) e apenas 6,22% tem idade entre 18 e 30 anos, sugerindo que essa colocação profissional exige um determinado tempo de carreira (a partir dos 30 anos de idade) para ser alcançado na maioria das vezes, principalmente pelas qualificações necessárias para ser aprovado em um concurso público.

Figura 38 Idade dos funcionários entrevistados.



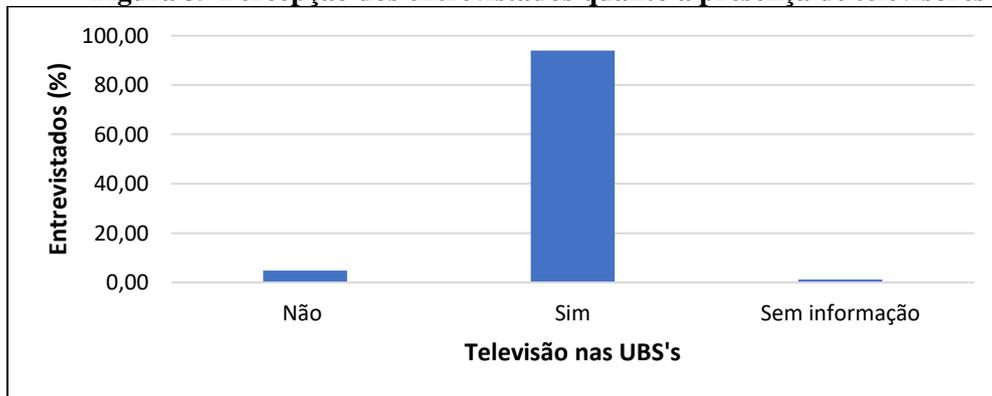
Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

1 - Percepção dos funcionários quanto à informação e à educação disponibilizada nas UBS onde prestam serviço

Assim como aplicado aos usuários, a primeira categoria tratou de abordar a educação e a informação fornecida nas UBS, sendo que essa abordagem tentou identificar a percepção dos entrevistados quanto à presença de televisores.

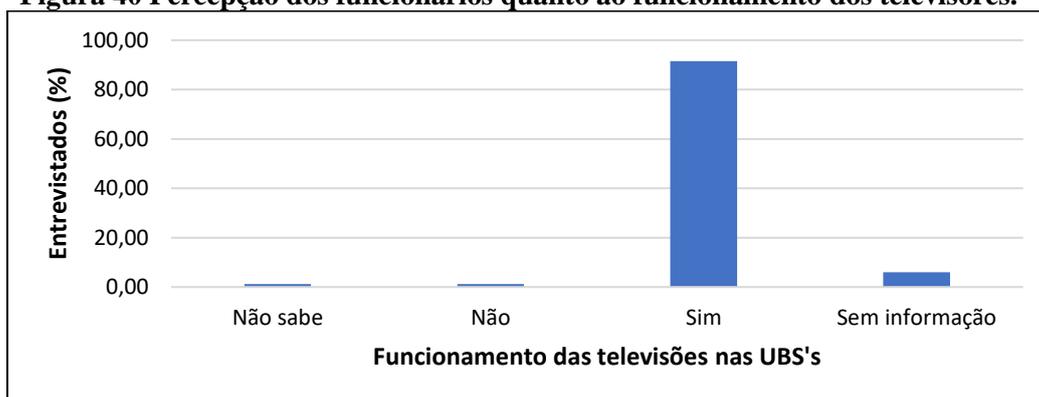
A grande maioria dos funcionários afirmou que havia televisores na UBS (93,98%) em que eles trabalhavam e, apenas 4,82% deles disse que não (Figura 33). Estes mesmos funcionários foram questionados sobre o funcionamento dos aparelhos e, novamente, a grande maioria (93,98%) relatou que elas funcionam, e 1,20% disse que não ou não sabiam.

Figura 39 Percepção dos entrevistados quanto à presença de televisores



Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

Figura 40 Percepção dos funcionários quanto ao funcionamento dos televisores.



Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

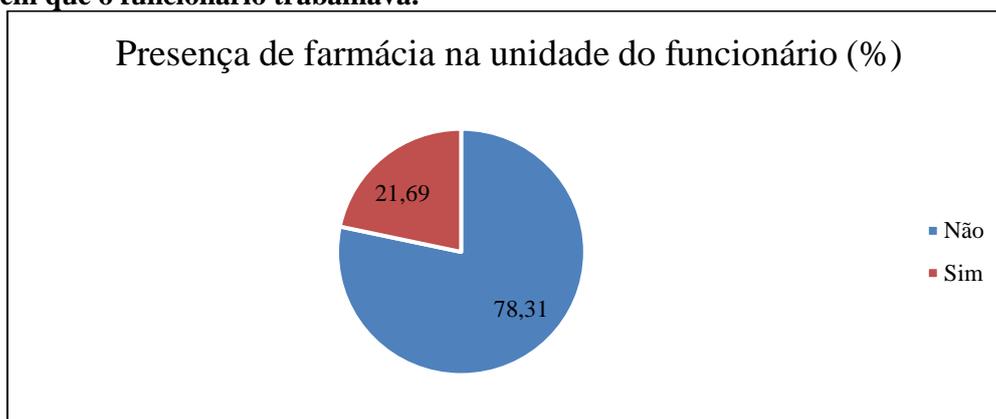
Ainda dentro dessa categoria sobre informação e educação quando questionados sobre o tipo de programação exibida nos televisores em funcionamento os funcionários relataram: canais abertos; canais fechados, sem som e com conteúdo sobre Itu; conteúdo político; não sabiam e alguns deixaram essa pergunta sem resposta.

Também foi perguntado qual a opinião dos funcionários sobre a presença dos televisores nas UBS, mais uma vez houve uma grande variedade de respostas. Houve aqueles funcionários que relataram ser bom/ótimo, importante e interessante, pois trazia informação, entretenimento, educação e distração para os usuários; em contrapartida, houve aqueles que alegaram ser ruim/péssimo, pois a programação era muito limitada, pouco informativa e desnecessário. Tiveram também aqueles que disseram desconhecer, não assistir e serem indiferentes.

2- Percepção dos funcionários quanto à informação e a educação disponibilizada nas UBS onde prestam serviço.

A segunda categoria abordou as ações nas mudanças estruturais promovidas pela nova gestão no sistema de saúde municipal. A primeira pergunta foi em relação à presença de farmácia para a distribuição de medicamentos na unidade em que o funcionário trabalhava. A Figura 35 mostra que a maioria dos entrevistados reportou não haver (78,31%) e apenas 21,69% disse que existe.

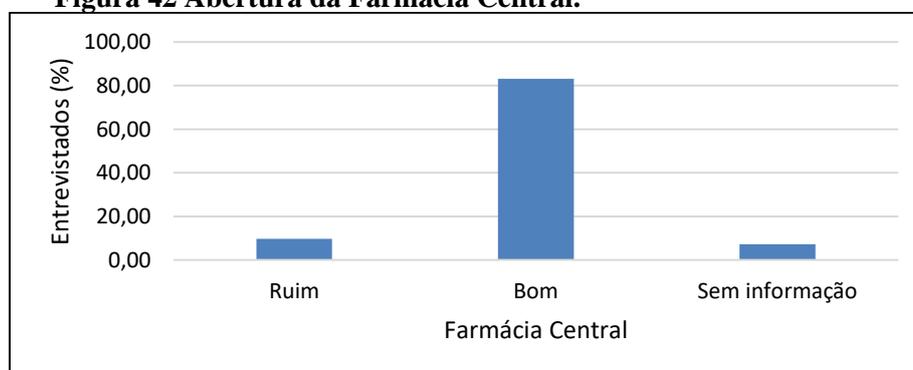
Figura 41 Presença de farmácia para a distribuição de medicamentos na unidade em que o funcionário trabalhava.



Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

Sobre a abertura da Farmácia Central a maioria dos entrevistados (83,13%) relatou que foi bom e 9,64% alegou de ter sido ruim. Quanto aos motivos dessa última avaliação, as principais justificativas dos que acharam bom foram: mais medicamentos; menos conflitos entre os usuários e funcionários; centralização, padronização, organização e melhoria do local de trabalho; controle de estoque; melhor atendimento; diminuição do fluxo de pessoas nas UBS; diminuição na sobrecarga dos funcionários e presença de farmacêutico responsável. Já as principais justificativas dos que avaliaram negativamente foram: desvalorização do funcionário; logística e o acesso dos usuários já que estes têm que se deslocar da UBS até a Farmácia Central quando necessitam de medicamentos. Alguns funcionários alegaram serem indiferentes e/ou não conhecerem.

Figura 42 Abertura da Farmácia Central.

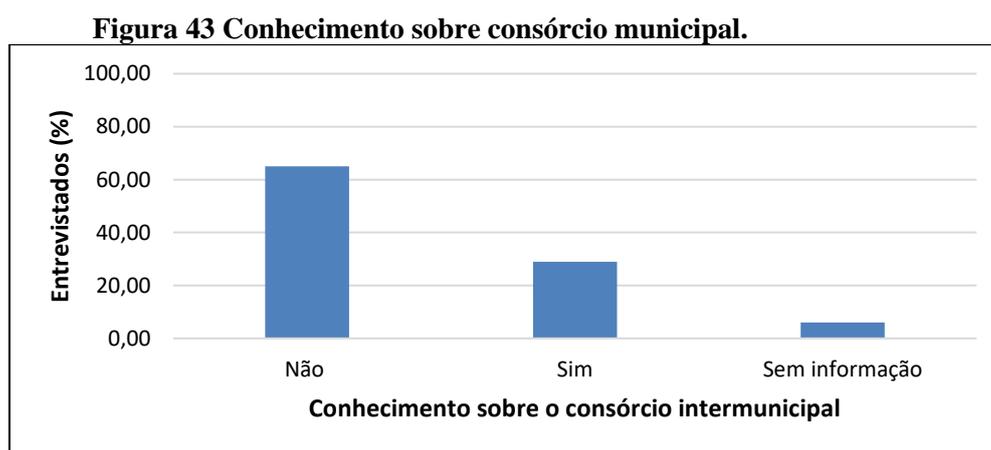


Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

3 - Percepção dos funcionários quanto às ações promovidas pela nova gestão no Sistema de Saúde Municipal de Itu (SP)

A percepção dos funcionários quanto às mudanças estruturais promovidas pela nova gestão no Sistema de Saúde Municipal de Itu (SP) perpassou a presença de farmácia na unidade em que o funcionário trabalhava.

A terceira categoria tentou identificar a percepção dos funcionários em relação ao consórcio intermunicipal entre as cidades de Itu, Salto e Porto Feliz promovido pela nova gestão. Quando questionados se tinham conhecimento do consórcio, 65,06% disseram que não e 28,92% que sim (Figura 37), demonstrando que há pouco conhecimento a respeito do tema.

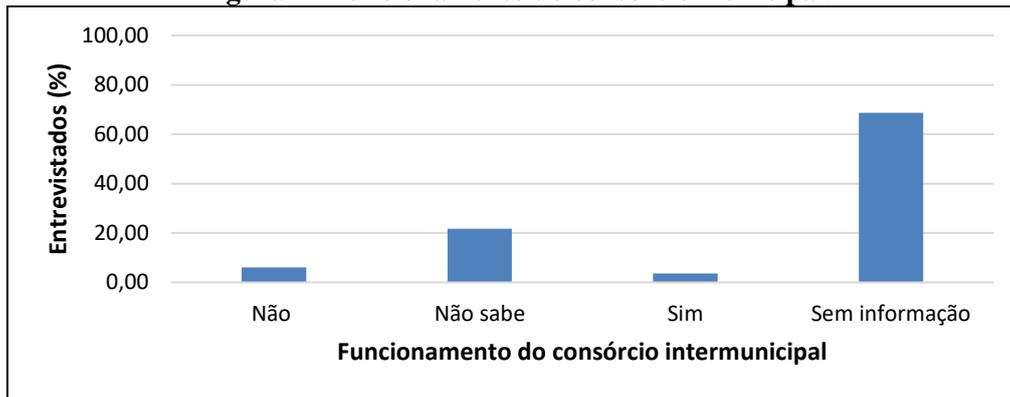


Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

Os que afirmaram ter conhecimento do consórcio, também foram questionados sobre sua função deste, as respostas foram: para casos graves; determinados exames; distribuição de recursos; facilitar o atendimento; unificação do SAMU; aumento no número de leitos; maternidade; colaboração dos municípios nas verbas; formação de uma rede; redução de custos; unificação do atendimento entre os municípios e unificação dos serviços oferecidos.

Ainda dentro da terceira categoria, os funcionários foram questionados sobre o funcionamento do consórcio intermunicipal, 21,69% alegou não saber, 6,02% que não estava funcionando e 3,61% que estava funcionando. A Figura 38 evidencia o grande número de funcionários (68,67%) que não responderam essa pergunta do questionário.

Figura 44 Funcionamento do consórcio municipal.



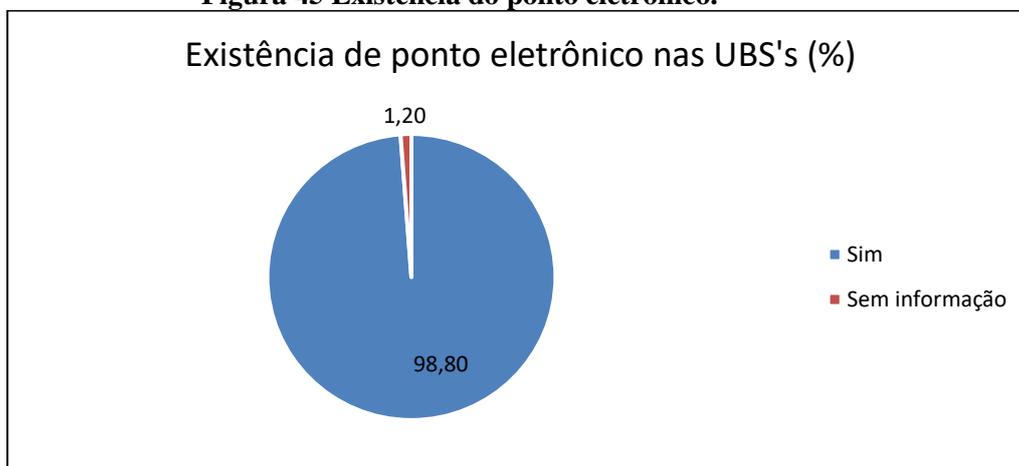
Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

4 - Percepção dos funcionários quanto ao horário de atendimento

A quarta categoria das ações promovidas pela nova gestão abordou a percepção dos funcionários quanto aos horários de atendimento, mais especificamente em relação ao ponto eletrônico.

Os funcionários foram questionados sobre a existência de ponto eletrônico na UBS em que estes trabalhavam, o A Figura 39 mostra que a grande maioria (98,80%) havia ponto eletrônico, apenas 1,20% não respondeu.

Figura 45 Existência do ponto eletrônico.

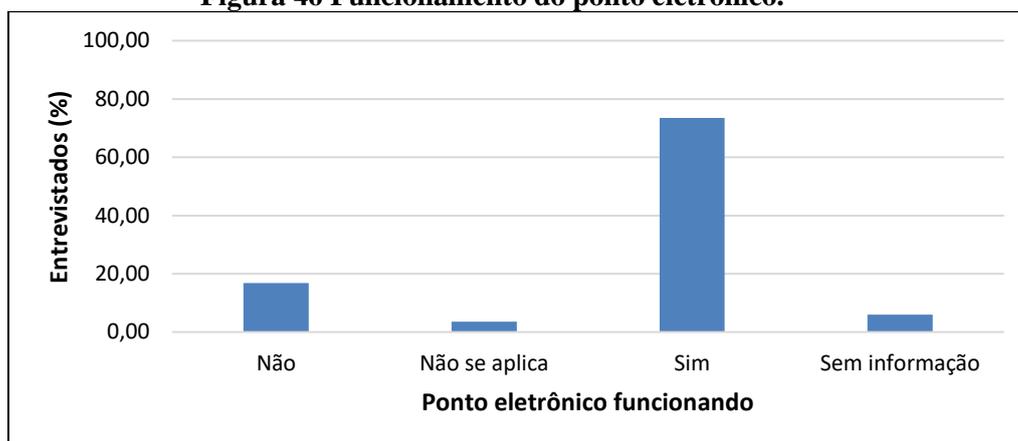


Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

Em relação ao funcionamento dos pontos eletrônicos, a Figura 40 mostra que a maioria (73,49%) disse que sim estão funcionando, seguido dos que disseram que não (16,87%), e por

fim dos que não responderam (6,02%) e dos que responderam que a pergunta não se aplica (3,61%).

Figura 46 Funcionamento do ponto eletrônico.

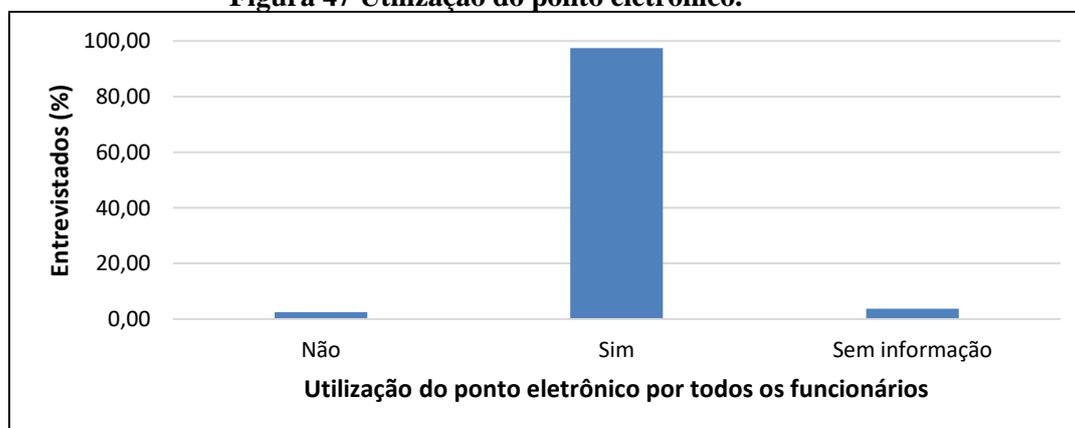


Fonte: Elaborada pela autora. 2019

Em relação a explicação da utilização do ponto eletrônico as principais justificativas foram: para o controle e organização da jornada de trabalho, e por ser obrigatório. Alguns funcionários alegaram que não estavam utilizando porque o ponto eletrônico estava quebrado e outros disseram que todos utilizam; porém há resistência por parte dos médicos.

Ainda em relação aos pontos eletrônicos, foi questionado se todos os funcionários utilizam. O A Figura 41 ilustra que a grande maioria (97,50%) afirmaram que sim; 2,50% não e 3,75% deles não responderam.

Figura 47 Utilização do ponto eletrônico.

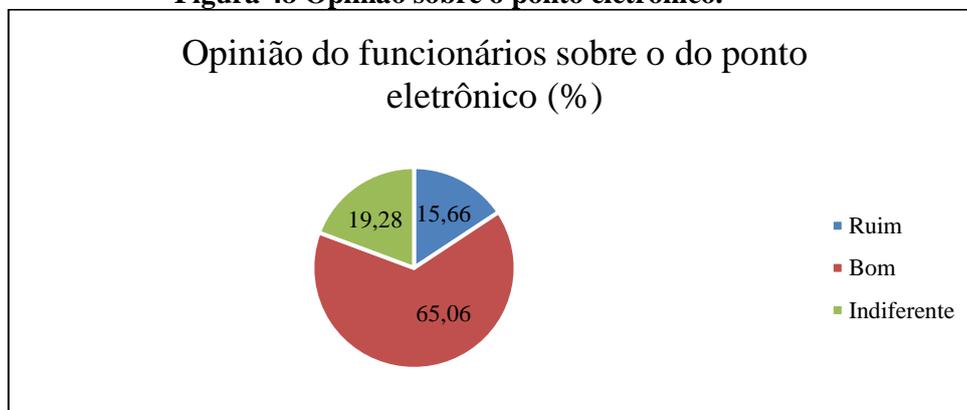


Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

Além disso, a pesquisa também identificou a opinião dos funcionários sobre o ponto eletrônico, 65,06% alegou ser bom, 15,66% ruim e 19,28% era indiferente (A Figura 42).

As principais justificativas sobre o uso do ponto eletrônico ser bom foram: melhor controle dos funcionários; cada um fica responsável por si; diminuição de fraudes; obrigatoriedade; sem dúvidas quanto ao horário; padronização e otimização do tempo; reconhecimento de que cumpre o horário de trabalho corretamente.

Figura 48 Opinião sobre o ponto eletrônico.



Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

Já as justificativas do ponto eletrônico ser ruim foram: atende duas UBS; é ruim para os médicos; divergência de informações; esquece de usar; gera conflitos; limitação do atendimento à população; não há manutenção do ponto eletrônico; sem intervalos durante o trabalho; o ponto eletrônico não funciona bem; não há flexibilidade no horário de trabalho. Ainda sobre o ponto eletrônico ser ruim, um dos entrevistados disse: “*Ruim. O salário está defasado e precisa ficar até acabar todos os pacientes*”.

5 - Descrição dos funcionários quanto ao prontuário utilizado no atendimento das UBS.

Os funcionários entrevistados que disseram serem indiferentes

à presença do ponto eletrônico, justificaram essa resposta com: “*o trabalho é o mesmo*”; “*chega no horário da mesma maneira*” e “*alguns disseram não usar*”.

A quinta categoria das ações promovidas pela nova gestão abordou os prontuários. Em relação como os funcionários descrevem o tipo de prontuário utilizado (papel ou eletrônico), a maioria dos funcionários (83,13%) alegou que a unidade onde trabalhava possuía prontuário em papel, e 16,87% alegou ter prontuário eletrônico (A Figura 43).

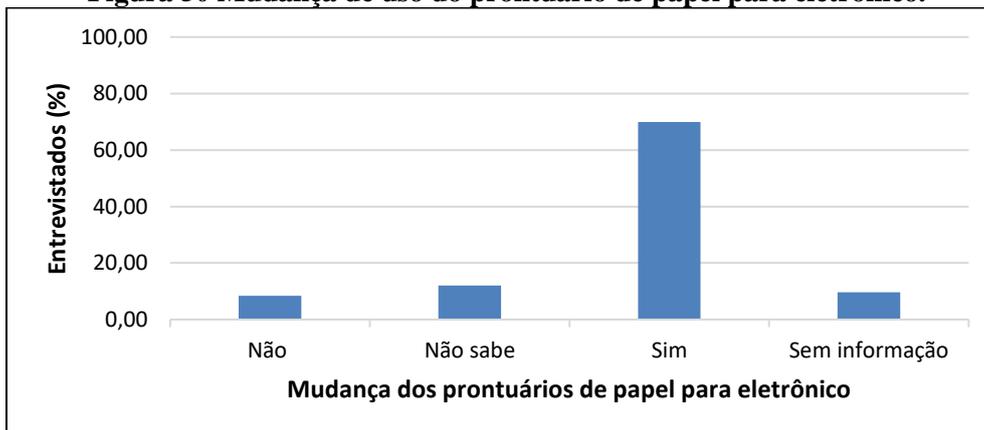
Figura 49 Uso de prontuário.



Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

Os funcionários das unidades que utilizam prontuário em papel foram questionados se estes seriam alterados para o formato eletrônico e a maioria (69,88%) disse que sim, seguido dos que não sabiam (12,05%), dos que não responderam (9,64%) e os que disseram que não (8,43%) (A Figura 39). Sobre a mudança dos prontuários de papel para eletrônico, alguns comentários foram: “*é a proposta*”; “*precisa ser instalado*”; “*em algum momento acontecerá*”; “*está no projeto da nova gestão*”; “*já ouviu falar*”; “*sem previsão*” e “*há previsão para iniciar o uso*”. Alguns funcionários também alegaram que existe a utilização dos dois tipos e que os eletrônicos estão disponíveis apenas para alguns tipos de prontuários.

Figura 50 Mudança de uso do prontuário de papel para eletrônico.



Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

Ainda sobre os tipos de prontuários, a maioria dos funcionários (63,86%) disse preferir o eletrônico e 19,28% diz preferir o de papel. Alguns disseram não fazer diferença (10,84%) ou não responderam (6,02%) (A Figura 45).

As principais justificativas sobre a preferência pelo prontuário eletrônico foram: maior agilidade, praticidade e facilidade, já que haveria diminuição das filas; maior organização e

controle dos dados, pois as informações ficariam compartilhadas e padronizadas; maior facilidade para limpeza da estrutura física da UBS; otimização do espaço e tempo; modernização, pois “a letra dos médicos é de difícil compreensão”. As principais justificativas para a manutenção do prontuário em papel foram: “o equipamento é ruim e acaba gerando atraso”; “está acostumado”; “instabilidade na energia elétrica e na internet da unidade”; “dificuldade com o sistema eletrônico” e “segurança”.

Figura 51 Preferência pelo prontuário eletrônico.



Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

6 - Percepção dos funcionários em relação aos aspectos da auditoria

A sexta categoria das ações promovidas pela nova gestão abordou a percepção dos funcionários quanto a presença e ação da(s) enfermeira(s) auditora(s). Primeiro, os entrevistados foram questionados sobre a existência de enfermeira(s) auditora(s) da prefeitura que visitava frequentemente as UBS. A maioria (73,49%) disse que sim e 18,07% disse que não (A Figura 46). Quando questionados sobre o nome, as respostas foram: Andreia, Ana Maria, Cristina, Livia, Michele, Grace, Isabel, coordenador odontológico, secretária de saúde, várias, não sabe e/ou não tem contato. A enfermeira auditora contratada se chamava Michele.

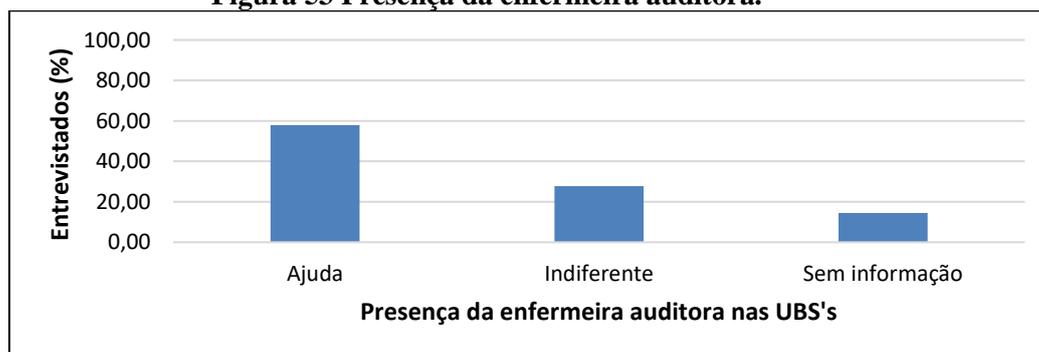
Figura 52 Existência de enfermeira auditora.



Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

Quanto à presença de enfermeiros, os funcionários relataram que a presença de enfermeira(s) auditora(s) nas UBS ajuda no trabalho (57,83%); indiferente (27,71%); não responderam (14,46%) (A Figura 47). Alguns justificam que a presença da(s) enfermeira(s) auditora(s) ajuda na resolução geral dos problemas, como com equipamentos, funcionários e manutenção. Outros alegaram que raramente há a presença desta(s), mais frequentemente quando há reclamações e ela(s) geralmente só conversa(am) com a enfermeira chefe.

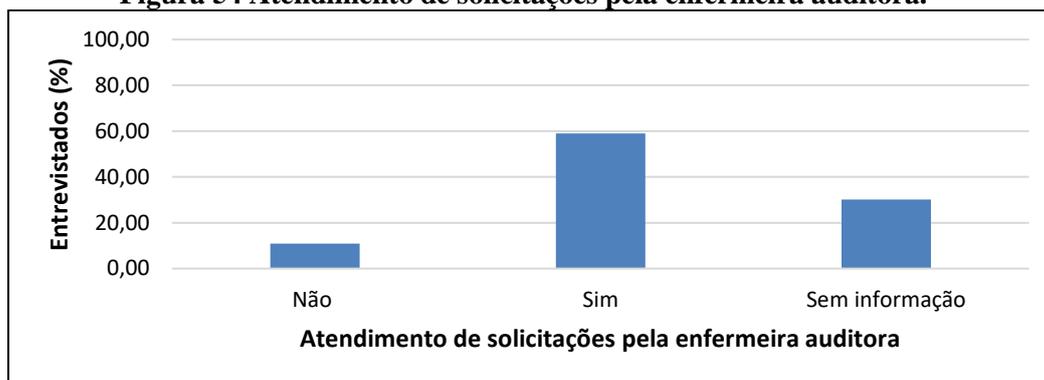
Figura 53 Presença da enfermeira auditora.



Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

Também foi perguntado se há atendimento nas solicitações efetuadas por parte da(s) enfermeira(s) auditora(s). O A Figura 48 mostra que 59,04% dos entrevistados disseram que sim. Cabe destacar que muitos entrevistados (30,12%) não responderam essa questão. As principais solicitações atendidas foram: encaixe de pacientes; resolução de dúvidas; balança; computadores e impressoras; crachás; mais funcionários; guias e informações; manutenção e suporte; organização; materiais; tudo o que precisar.

Figura 54 Atendimento de solicitações pela enfermeira auditora.

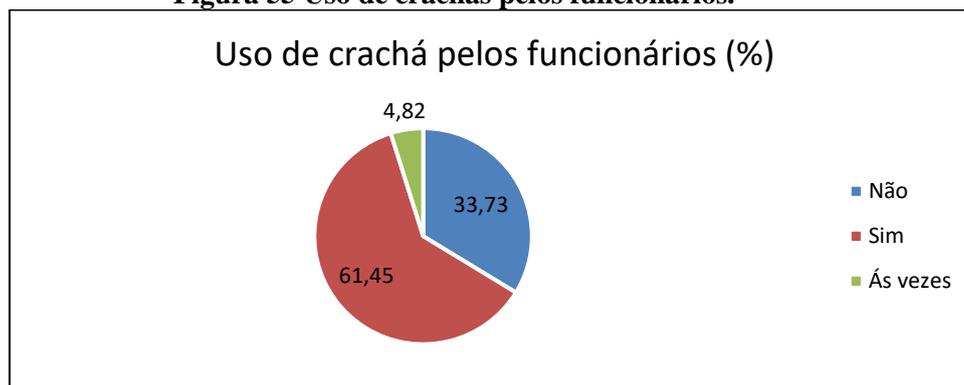


Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

7 - Percepção dos funcionários em relação aos aspectos de identificação

A sétima categoria das ações promovidas pela nova gestão abordou a percepção dos funcionários quanto ao uso de crachá e uniforme. A maioria dos funcionários (61,45%) alegou que trabalha com crachá todos os dias, seguido dos que não utilizam (33,73%) e 4,82% que disse utilizar às vezes (A Figura 49).

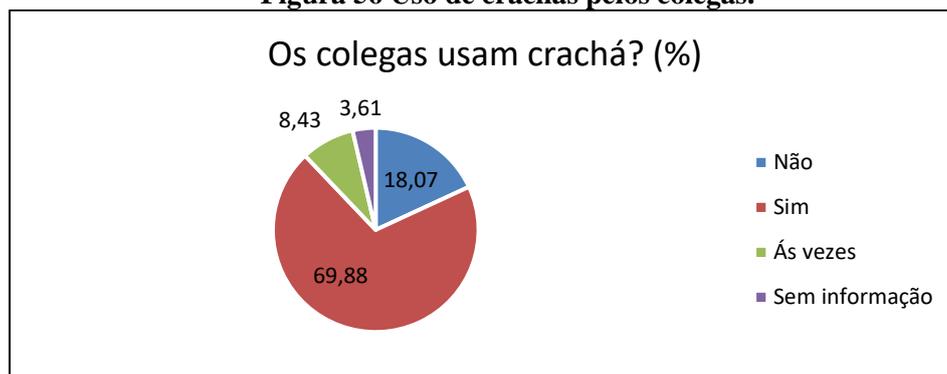
Figura 55 Uso de crachás pelos funcionários.



Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

Questionados sobre o uso de crachá pelos colegas da unidade, 69,88% dos funcionários disse que sim, 18,07% que não, 8,43% às vezes e 3,61% não respondeu.

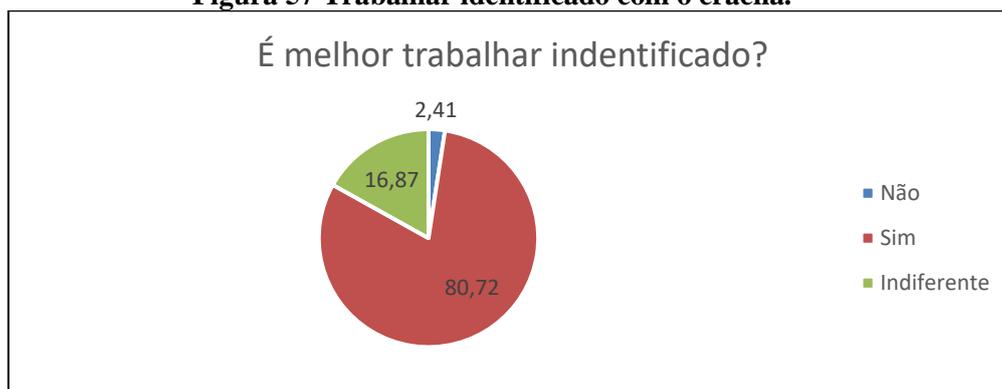
Figura 56 Uso de crachás pelos colegas.



Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

Ainda em relação à identificação pessoal durante o expediente, 80,72% disse que é melhor trabalhar usando crachá, enquanto apenas 2,41% disse que não. Trabalhar identificado é indiferente para 16,87% dos entrevistados (A Figura 51). Quando questionados sobre as justificativas de ser melhor trabalhar identificado, as principais respostas foram: identificação dos cargos; resolução de problemas; orientação para os pacientes; reconhecimento; transmite segurança para o paciente.

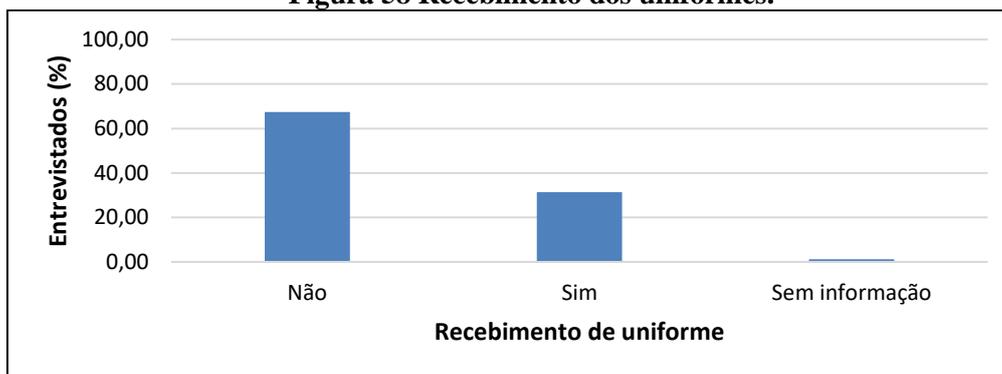
Figura 57 Trabalhar identificado com o crachá.



Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

Em relação ao uso de uniformes durante o expediente de trabalho, a pesquisadora perguntou se os funcionários os receberam da Secretária. A Figura 51 mostra que a maioria (67,47%) respondeu que não; 31,33% disse que sim. Os principais comentários foram: apenas o pessoal da recepção; jaleco; uniforme parcial e não utiliza no período da tarde pois é quente.

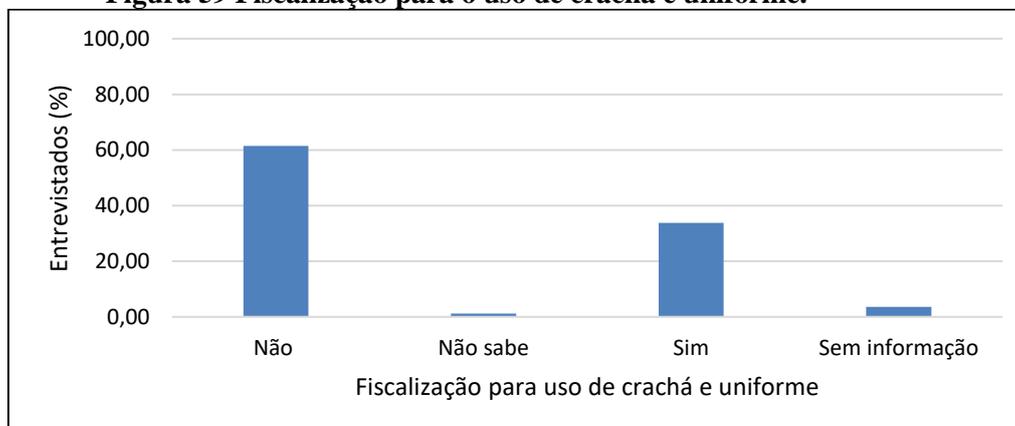
Figura 58 Recebimento dos uniformes.



Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

Ainda sobre a identificação e o uso de uniformes, a maioria (61,45%) dos funcionários alegou não haver fiscalização a respeito, enquanto 33,73% disse que há (Figura 53). Os responsáveis seriam a enfermeira chefe, a(s) enfermeira(s) auditora(s), o coordenador da unidade e o gestor.

Figura 59 Fiscalização para o uso de crachá e uniforme.

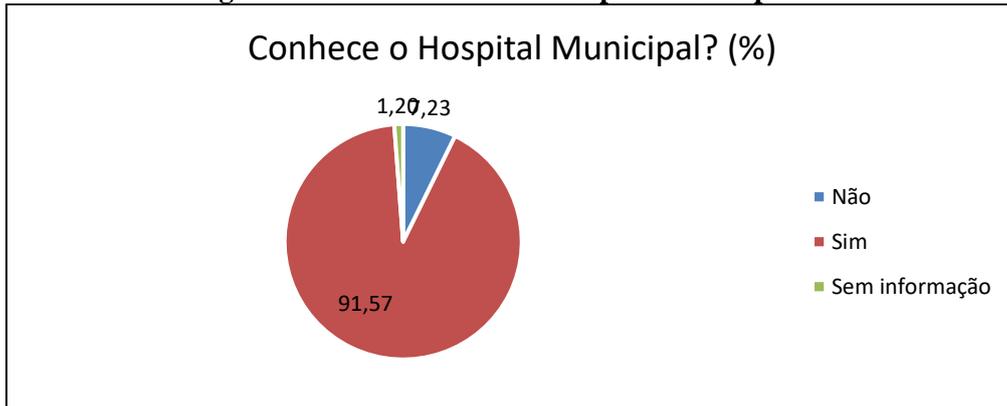


Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

8- Percepção dos funcionários em relação ao Hospital Municipal

A oitava categoria das ações promovidas pela nova gestão abordou a percepção dos funcionários quanto à inauguração do Hospital Municipal. Primeiro os funcionários foram questionados sobre a existência deste hospital e, conforme mostra a Figura 54, 91,57% deles disse conhecer e 7,23% disse não.

Figura 60 Conhecimento do Hospital Municipal.



Fonte: Elaborado pela autora. 2019.

A Figura 55 evidencia que a maioria dos funcionários (63,86%) conhece os serviços oferecidos no hospital e 28,92% não. Sobre quais os tipos de serviços oferecidos, os funcionários relataram: vaga Cross; atendimento em geral e de urgência; pequenas e médias cirurgias; compensação pela perda do Hospital São Camilo; especialidades de Porto Feliz; ambulatório; internações; pequenos procedimentos; transferências da UPA; tratamento ambulatorial.

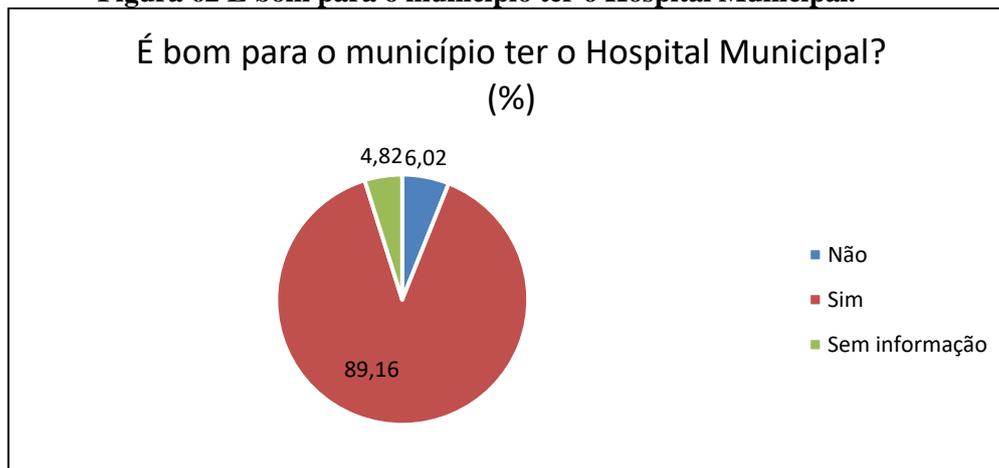
Figura 61 Conhece os serviços do Hospital Municipal.



Fonte: Elaborado pela autora. 2019.

A maioria (89,16%) respondeu afirmativamente às questões quanto a se seria bom para o município ter um hospital próprio e, apenas 6,02% disse que não (Figura 56). As principais justificativas de ter um hospital próprio do município foram: necessidade da comunidade precisa; diminuição das demandas dos postos; agilidade; acesso direto; redução de pacientes nas UBS; melhoria no atendimento; melhoria na organização.

Figura 62 É bom para o município ter o Hospital Municipal.

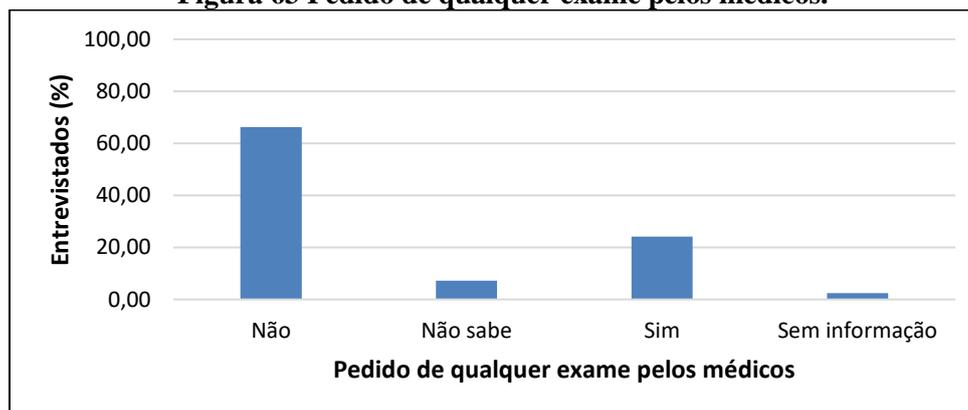


Fonte: Elaborado pela autora. 2019.

9 - Percepção dos funcionários quanto aos protocolos e pedidos médicos

A nona categoria das ações promovidas pela nova gestão abordou a percepção dos funcionários quanto aos protocolos médicos. A maioria deles (66,27%) disse que os médicos não podem realizar pedido de qualquer exame para os pacientes e 24,10% disse que sim (Figura 57).

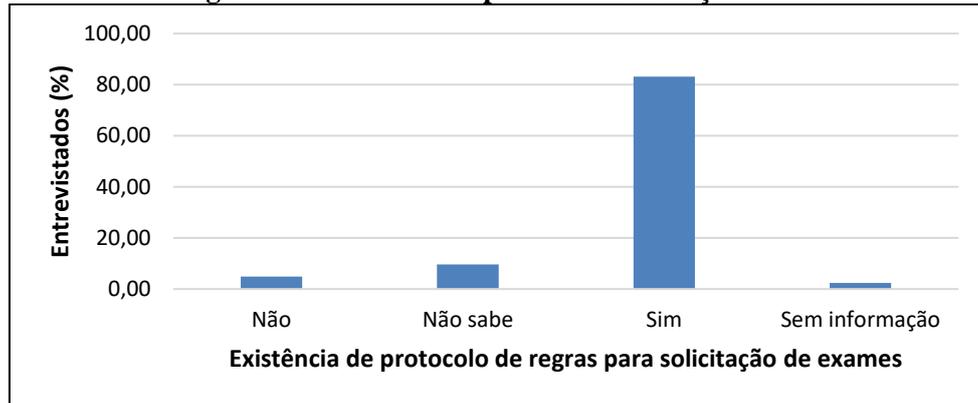
Figura 63 Pedido de qualquer exame pelos médicos.



Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

O A Figura 58 apresenta que a maioria (83,13%) disse que há protocolo de regras para a solicitação de exames, enquanto apenas 4,82% disse não existir.

Figura 64 Existência de protocolo solicitação de exames.



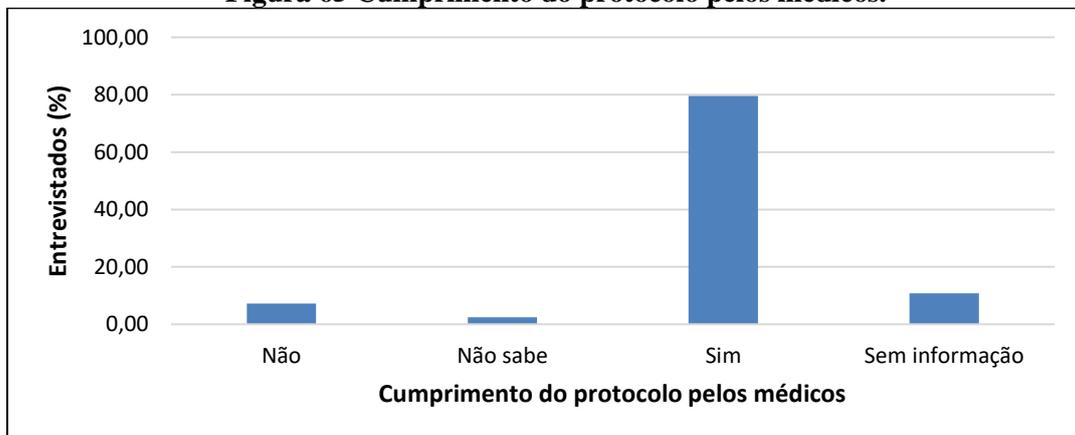
Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

Ainda em relação aos protocolos médicos, a maioria (79,52%) dos funcionários também disse que há cumprimento desses protocolos por parte dos médicos, e 7,23% disse que não, conforme mostra o A Figura 59.

Os funcionários também foram questionados sobre a limitação dos pedidos de exames por parte dos médicos nos protocolos. A maioria disse que essa limitação é boa, pois antes havia muitos pedidos desnecessários; que melhorou a organização; está melhor cada médico na sua especialidade; ajudou na redução de gastos e evita desperdício.

Ainda com relação aos novos protocolos, os funcionários foram questionados sobre o modo pelo qual estes protocolos foram implementados. As principais respostas foram: ofício; enfermeiras Michele e Margarete; por caderno; comunicado; correio interno; diretoria de saúde; coordenador da UBS; enfermeiro(a) chefe; etiquetas; grupo de WhatsApp; ministério de saúde; pela nova gestão; secretaria de saúde; e muitos não sabiam.

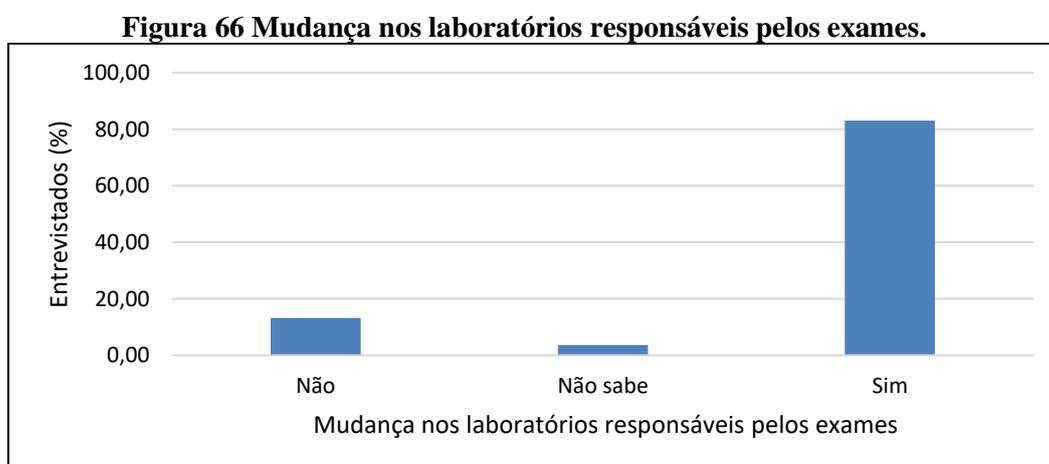
Figura 65 Cumprimento do protocolo pelos médicos.



Fonte: Elaborado pela autora. 2019.

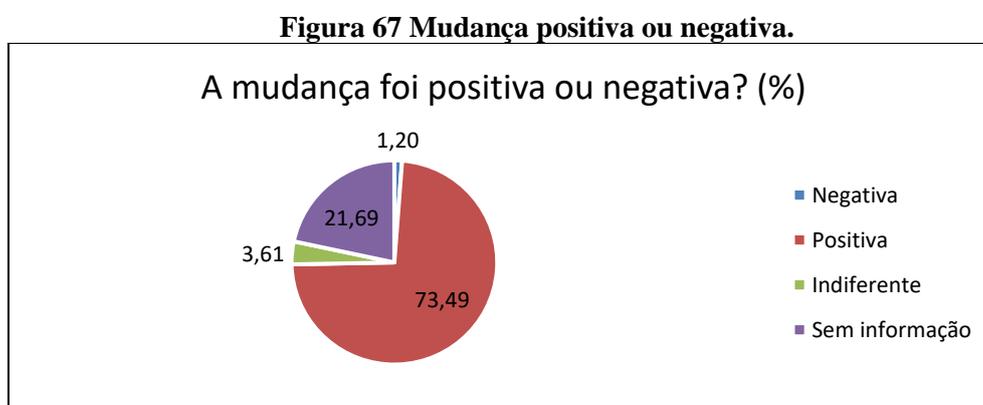
10 - Percepção dos funcionários quanto às mudanças dos laboratórios

A décima categoria das ações promovidas pela nova gestão abordou a percepção dos funcionários quanto às mudanças de laboratório. A maioria (83,13%) dos funcionários disse que houve alteração nos laboratórios que realizavam os exames das unidades onde estes trabalhavam, e 13,25% disse que não, conforme a Figura 60.



Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

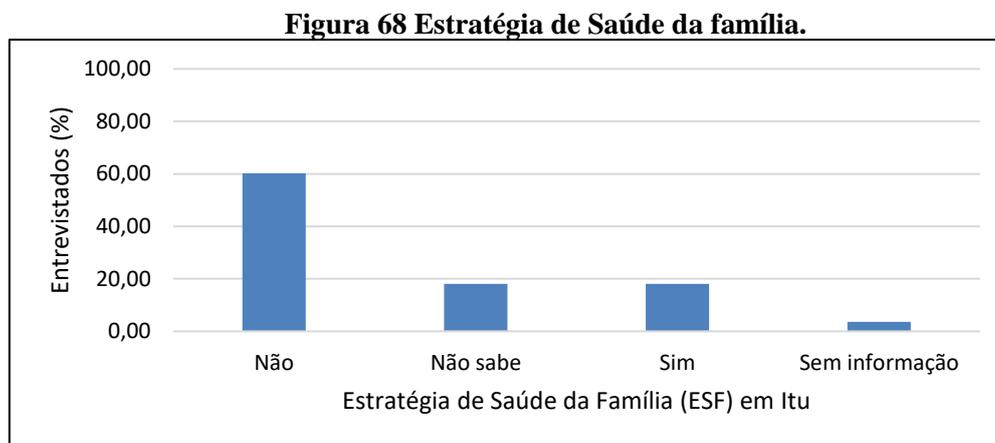
A maioria (73,49%) considerou essa mudança positiva e, apenas 1,20% achou que foi negativa (Figura 61). As principais justificativas para considerar a mudança positiva foram: agilidade; qualidade; organização; bons resultados; maior confiança; praticidade.



Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

11 - Percepção dos funcionários quanto à Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A décima primeira categoria das ações promovidas pela nova gestão abordou a percepção dos funcionários quanto à Estratégia de Saúde da Família (ESF). Perguntamos aos funcionários se eles sabiam da existência de ESF em Itu. A Figura 62 mostra que a maioria (60,24%) disse que não há ESF em Itu, e 18,07% disse que sim. As entrevistas nessa UBS foram realizadas após 2 meses da contratação da médica da família.



Fonte: Elaborada pela autora. 2019.

7.4 Etapa 4: Entrevista com gestores e ex-prefeito

Para ampliar o entendimento do processo, também foram entrevistados o Diretor de Saúde da gestão vigente, novamente a secretária de saúde e o ex-prefeito (2013-2016). O objetivo das entrevistas foi concluir de que forma as ações ou políticas estabelecidas no início da gestão foram implantadas e quais desafios se mantiveram ao longo de duas gestões diferentes e com políticas distintas. O diretor de saúde foi entrevistado em seu ambiente de trabalho; a secretaria municipal de saúde dentro da Prefeitura e o ex-prefeito em sua residência.

7.4.1 Secretária de saúde

No dia 25 de setembro de 2019, a Secretária de saúde recebeu novamente a pesquisadora em seu ambiente de trabalho. A pesquisadora solicitou que a gestora explanasse sobre as ações / políticas implementadas e sua percepção sobre elas.

As informações abaixo sintetizam os principais apontamentos apresentados pela secretaria de saúde e o diretor de saúde.

1. TV NAS UBS

Essa iniciativa veio da gestão anterior como forma de propaganda do próprio governo (setor institucional da prefeitura). Aproveitou-se esse canal já existente para comunicar à população questões como "o que é o SUS"; "calendário de vacinas" e "de onde vem os recursos do SUS". Existe um cronograma para a instalação desses aparelhos televisores, atualmente, quase todas UBS possuem TV que funcionam passando informações locais e conteúdo institucional melhorando a comunicação entre prefeitura e população.

2. FARMÁCIA CENTRAL

A Farmácia Central surgiu da necessidade de controle dos medicamentos e entrega das fitas de diabetes (aparelho que mede o índice glicêmico, normalmente de uso diário ou até mesmo várias vezes por dia), e medicamentos relacionados a saúde mental que antes ficavam em um ambulatório separado.

Sem a centralização, consta que era difícil acompanhar o uso dos remédios, fazendo com que alguns medicamentos faltassem enquanto outros sobravam. As maiores barreiras para a criação dessa Farmácia Central vieram dos próprios funcionários das UBS que sentiram o controle local reduzido, e do vice-prefeito por ter uma visão assistencialista baseada na descentralização. Atualmente, durante a conclusão deste estudo, existem algumas farmácias satélites para locais mais afastados.

3. CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL

O consórcio não foi implantado porque o prefeito do município vizinho, Porto Feliz, anulou sua participação. Como haveria troca de informações entre as duas cidades (Itu e Salto), e informações ainda estão muito atreladas ao poder, os pequenos municípios se sentem inseguros em expor suas fragilidades e vulnerabilidades.

Caso tivesse sido aprovado, o consórcio teria como vantagem otimizar a experiência dos usuários e funcionários e compartilhar informações que pudessem gerar ganhos de escala.

Ainda assim, com as discussões administrativas trazidas ao longo do processo, os gestores afirmaram que foi possível organizar muitos fornecedores de medicamentos de forma mais estruturada e melhorar os preços mesmo sem a concretização da ação.

4. PONTO ELETRÔNICO NAS UBS

Apesar de terem sido implantados e estarem em pleno funcionamento, alguns médicos ainda relutam para usá-lo por serem contra a gestão e seu modelo de controle das horas de trabalho. Durante seis meses, houve um preparo para que os médicos se organizassem em relação à troca entre o ponto no papel e o eletrônico; porém resistência prosseguiu.

Por conta do novo sistema, houve diversos descontos na folha de pagamento executados pela prefeitura em virtude do acesso aos dados fornecidos pelo ponto eletrônico; por exemplo, pagamentos desnecessários de horas-extras. Por isso, alguns médicos perderam direito à licença prêmio e sofreram descontos previstos por descumprimento à carga horária contratada. Tais ações indicam uma gestão de recursos humanos mais presente.

5. PRONTUÁRIO ELETRÔNICO NA UBS 2

A maior resistência ocorreu mediante a mudança de paradigmas dos profissionais que não compreendem a vantagem imediata na migração para sistema eletrônico, tais como, controle, histórico e tomada de decisão em relação às questões concernentes à equipe.

O atraso na implantação ocorreu em função da dependência do processo licitatório para a compra de impressoras com scanners. A licitação dos aparelhos ocorreu apenas doze meses depois da decisão tomada com vistas à utilização do sistema. No momento da entrevista, as recepções de todas as UBS já não usavam mais papel e estavam informatizadas; porém o atendimento com o uso do prontuário eletrônico só está informatizado na UBS 2 esperava-se em breve fosse implementado em novas UBS.

No processo de implantação, foi realizado um treinamento com médicos e funcionários pela empresa que vendeu o software, sem resistência dos funcionários que aprovaram a possibilidade de diminuição "da papelada", além da disponibilidade de dados e informações para tomada de decisões, como metas para as enfermeiras baseadas nos indicadores obtidos dos dados gerados nos sistemas de prontuário eletrônico, com reuniões periódicas de apresentação de resultados.

6. ENFERMEIRA AUDITORA PARA RESULTADOS

Uma profissional qualificada na área assistencial chamou atenção dos gestores, que por sua vez viram a oportunidade de contratá-la para um cargo de enfermeira auditora de gestão, implantando processos nas UBS. Essa contratação trouxe conflitos, uma vez que profissionais das UBS foram contrários à contratação dessa profissional que poderia apontar falhas e problemas dos seus trabalhos.

Para resolver a situação, foi criado um serviço de qualidade e ouvidoria, se diferenciando da proposta inicial por ser uma função mais técnica e voltada para manutenção e zeladoria (pintura, lâmpadas). Com essa mudança na descrição da função, o cargo se tornou menos assistencial, como a ideia original de uma enfermeira auditora, e a profissional originalmente contratada para o cargo pediu para abandonar a função.

7. UNIFORMES E CRACHÁS

Foram implantados com o intuito de oferecer um aspecto mais profissional e identificar os funcionários da Prefeitura. Houve resistência por parte de alguns funcionários que não quiseram ser fotografados, mas a maioria se sentiu valorizado.

Os crachás foram importantes para melhorar a identificação dos funcionários, mas os uniformes, mesmo tendo sido disponibilizados gratuitamente, ainda não são utilizados por todos. Alguns reclamam da pouca quantidade de peças (apenas dois para as recepcionistas), outros não utilizam porque não há obrigatoriedade.

Havia planos de discussão a respeito da obrigatoriedade do uso desses uniformes, e de mais peças serem fornecidas para cada funcionário e enfermeiras, e os médicos passarem a receber uniformes também. Até o final deste estudo isso não ocorreu.

8. HOSPITAL DIA IMPLANTADO E EM FUNCIONAMENTO

Havia uma fila enorme de cirurgias de baixa complexidade que dependia da "vaga-Cross" que são informadas pelo estado nas cidades vizinhas. Para tentar acelerar essa fila, foi alugado um antigo hospital e realizado um rol de cirurgias (exceto neurologia e ortopedia) que pudessem ser feitas pelo próprio município.

O recurso para a locação do imóvel veio da realocação de recursos próprios, mas a implantação não dependeu apenas de verba. Houve grande demora para executar compras com recursos

públicos e por meio do processo de licitação e alterações no projeto inicial que demorou mais do que o previsto.

Os funcionários já eram contratados pelo município e foram redirecionados para as novas instalações, sendo necessária a contratação de funcionários de apoio e administrativo. Para isso, foi feita uma licitação com empresa prestadora de serviços, que assumiu toda a gestão, exceto dos cirurgiões.

Essas ações não tiveram obstáculos para sua implantação. De fato, houve redução das filas para encaminhamentos cirúrgicos e o município se tornou mais autônomo. A porta de entrada foi via PAM ou UPA, atendendo apenas pequenas cirurgias, disponibilizando 12 leitos de enfermaria clínica, 24 de enfermaria cirúrgica, 2 leitos e 2 leitos de semi-intensiva.

9. PROTOCOLOS MÉDICOS

O sistema está implantado e em funcionamento tendo ocorrido uma redução de gastos com exames em 50%, sendo 70% dos exames solicitados com resultado normal.

Com a mudança, os exames por exceção precisam de justificativa, o que causaria um trabalho extra para os médicos que acabam desistindo desses pedidos. Em função disso, ocorreu processo de restrição de alguns exames e flexibilização de outros.

10. TROCA DE LABORATÓRIO

De acordo com os gestores e funcionários, o laboratório antigo tinha custo alto e demorava para devolver os resultados. Com a mudança, houve redução de custo (gastava-se R\$ 230.000,00 por mês e passou para R\$ 190.000,00 e os 43 mil exames realizados ao mês passou para 53 mil exames ao mês), além do aumento de qualidade, como redução no prazo de entrega de dos resultados fazendo com que a mudança acontecesse sem nenhum tipo de resistência.

11. E.S.F CIDADE NOVA

O sistema foi implantado em um modelo adaptado entre abril e agosto de 2018, tendo um médico da saúde da família em um único posto de saúde, atuando no tratamento mais próximo de alguns pacientes que compareciam ao posto, sem que os médicos precisassem ir até as residências e também sem a presença de uma equipe multidisciplinar, característica da ESF. Por isso considerou-se que o que a PETI chamou de Estratégia de Saúde da Família, foi interpretado pela pesquisadora como uma ação adaptada no programa nacional.

A adaptação do modelo consistiu na presença de uma clínica geral durante 8 horas em uma sala na própria UBS recebendo pacientes que precisavam de apoio contínuo. Houve resistência por parte dos médicos especialistas por terem sentido que a demanda pelos seus atendimentos diminuiu com a entrada desta médica generalista.

Em um determinado momento, a médica da família deixou o cargo para assumir a mesma posição em outra região do estado. No entanto, não houve reposição dessa médica e, mesmo tendo sido aberto concurso para médico da família, o programa adaptado não voltou a funcionar até o final deste estudo.

Enquanto havia essa médica, foi possível reativar programas de hipertensão e diabetes porque diminuiu a demanda para os demais médicos, mas com sua saída o atendimento sofreu aumento das filas de espera. A intenção é que haja um médico da família na UBS 2 e talvez na UBS 1, mas não há perspectiva para implantação oficial da ESF, pois o governo federal, apesar de aceitar que haja novos cadastros, não oferece apoio com qualquer tipo de verba.

6.4.2 *Diretor de saúde*

No dia 01 de agosto de 2019 o diretor de saúde recebeu a pesquisadora em seu gabinete, na prefeitura. Além dos comentários feitos acerca das ações acompanhadas neste estudo, a pesquisadora também registrou comentários gerais relatados pelo profissional sobre a gestão da saúde pública municipal. Entre eles:

- a) O maior problema que existe na secretaria de saúde municipal é a falta de processos e a resistência das pessoas para implantação de processos. Quando se pergunta para um funcionário como as coisas funcionam, é comum ouvir “sempre fiz assim porque me falaram que é assim”. À título de exemplo, é a implantação do prontuário eletrônico que ajuda muito a ter uma visão geral de como as coisas estão.
- b) A ideia da gestão atual é gerar um legado e uma mudança de cultura da gestão pública.
- c) Hoje existe uma pessoa de T. I. (Tecnologia da informação) que consegue assessorar fornecendo informações do tipo: quando se inicia um processo de compras, o tempo total para o processo de compra.

“antes, eu perguntava: quanto custa tal coisa? e ninguém sabia responder. Tudo era muito escondido, muito obscuro. Não tínhamos um banco de dados, mas sim um bando de dados”. Estamos tentando criar uma ruptura com esse padrão e trazer as informações à luz dos gestores para a tomada de decisões consistentes e transparentes”. (Diretor de saúde, 2019)

- d) Foi criado um aplicativo “acessa saúde Itu” da secretaria de saúde com informações do tipo: calendário de vacinas, pesquisa de satisfação etc. Quando o cidadão coloca o seu CEP, automaticamente ele passa receber informações sobre a rede que o atende e consegue fazer agendamentos de consultas.

- e) A parte intelectual dos funcionários públicos é muito limitada, e mesmo com treinamentos, há muita dificuldade na implantação de qualquer tipo de mudança.
- f) Era muito comum utilizar um funcionário que passou num concurso para agente administrativo e alocá-lo numa recepção de serviços de saúde (UBS, ambulatório etc.). Não havia por exemplo, recepcionistas concursados, e a partir do próximo concurso público, será contemplado cargo de recepcionista da saúde, onde habilidades específicas ao relacionamento com pessoas, serão priorizadas.
- g) Programa de diabetes: Ao invés de fornecer aparelhos e insumos de medição de glicemia de forma indiscriminada, houve troca por aparelhos que fazem registro do histórico de medições. Então o cidadão passa a ir até a farmácia central e recebe os insumos de acordo com o uso feito no período.
- h) Foi utilizada uma denúncia do ministério público sobre médicos que atendiam na rede pública e que não eram presentes no horário de trabalho. Essa denúncia foi o catalizador para a implantação dos pontos eletrônicos.

6.4.3 *Ex-Prefeito*

No dia 30 de outubro de 2019, a pesquisadora entrevistou o ex-prefeito municipal Antônio Carvalho Tuize (Prefeito entre 2013-2016). A entrevista não fazia parte do roteiro original desta pesquisa, mas diante dos achados encontrados, principalmente relacionados às dificuldades da gestão pública, tornou-se oportuno coletar as perspectivas de um gestor que não ocupa mais a posição de prefeito. A entrevista foi aberta e os temas abordados giraram em torno dos tópicos abaixo:

A. Histórico do ex-prefeito

Engenheiro eletricitista de formação, trabalhou por mais de 30 na Eletropaulo em São Paulo e quando se aposentou mudou-se para Sorocaba-SP. O então candidato a prefeito de Itu - SP, Herculano Passos, o procurou para fazer parte do seu governo. O então político foi secretário da administração nos dois mandatos do prefeito Herculano Passos. Nas palavras do entrevistado:

“O Herculano me procurou e disse – Eu fui eleito, mas não sei governar nada. Você topa governar e fazer política?” (Ex-Prefeito Antonio Tuize – 2018)

B. Administração Pública

“O município possuía 4 mil funcionários. Poderíamos ter metade dos funcionários ganhando o dobro do salário. Teríamos melhores resultados com profissionais mais engajados.” (Ex-Prefeito Antonio Tuize – 2018)

O ex-prefeito afirmou que apesar de durante seu mandato ter estado rodeado de secretários, assistentes etc., esse foi o trabalho mais solitário de sua carreira. As decisões tinham que ser tomadas de forma solitária e, raramente, os demais membros de seu governo o contestavam. Todos concordavam com tudo o que ele propunha pois haviam sido nomeados por ele.

C. “Saúde é a área mais complicada de um município”

De acordo com o ex-prefeito, a área da saúde é aquela que mais expõe os gestores, pois a população percebe “na pele” o que está acontecendo. Sendo assim, pode-se afirmar que a sensibilidade na área da saúde é maior. Soma-se a isso, o fato de a população desconhecer as responsabilidades de cada ente federativo, melhor dizendo, para qualquer queixa relacionada à saúde, independente da complexidade os usuários do sistema cobram a prefeitura, deveria ter apenas, a responsabilidade pela atenção básica.

D. Orçamento e Ações/Políticas de seu governo

Durante sua gestão, ele afirmou que nunca foi gasto menos de 30% do orçamento municipal com saúde.

Quando questionado sobre suas ações / políticas mais importantes que se tornaram legado de sua gestão, afirmou que foi a PPP (Parceria público-privado) do lixo⁹. Consistiu em uma obra de sistema de coleta de resíduos sólidos que se tornou referência no estado de São Paulo. Além disso, especialmente na área da saúde, mencionou as seguintes ações:

- a) Reforma e criação de novas UBS: obteve recursos financeiros através do governo federal para reforma de 7 UBS e criação de novas 3.
- b) Quando assumiu a prefeitura havia uma autarquia local para a saúde, que consistia em uma estrutura isolada apenas para atendimento da classe médica (jurídico, financeiro, recursos humanos etc.) que gerava custos em duplicidade. Uma das ações realizadas foi o término da autarquia, ou seja, para tratar de assuntos como férias, holerite etc., os médicos passaram a ter que enfrentar uma fila como todos os demais funcionários.
- c) A maior dificuldade, foi a resistência da classe médica. Ele afirmou que estes são elitizados e cooperativistas e encaram o serviço público como “bico”.

⁹ “Gestão de resíduos sólidos em Itu reúne tecnologia e conscientização ambiental”. Disponível em: <https://itu.sp.gov.br/gestao-de-residuos-solidos-em-itu-reune-tecnologia-e-conscientizacao-ambiental/>

E. Demandas da saúde

Quando questionado sobre quais os maiores desafios na área da saúde, elencou os seguintes:

Continuidade: os gestores quando assumem a administração do município tendem a abandonar tudo o que foi feito até o momento presente para iniciar novos projetos que possam chamar de seus. Ações na área da saúde possuem implementação lenta e, muitas vezes, não atingem o objetivo proposto em sua formulação pois novos gestores não dão a continuidade devida.

Medicação de alto custo X Judicialização: como por exemplo com Home Care que deveria ser responsabilidade do estado. “Juízes e promotores não estão preocupados com a população em si. Querem mandar na cidade, mas não conseguem brigar com estado e união”;

Desconhecimento da população: entre alguns exemplos, sobre as responsabilidades do município e constante cobrança e insatisfação.

Falta de recursos financeiros: A responsabilidade do município vem crescendo e os repasses financeiros vem diminuindo.

Por fim, esse capítulo teve como objetivo apresentar os dados coletados no campo. Como resultado foram apresentadas as entrevistas com gestores (secretária de saúde, diretor de saúde e ex-prefeito); funcionários e usuários das UBS. O capítulo seguinte apresenta a discussão teórica sobre os resultados, buscando a melhor compreensão e interpretação destes.

8 DISCUSSÃO

Por meio da revisão da literatura e dos resultados obtidos, descritos no capítulo anterior, foi possível responder aos objetivos propostos nesta pesquisa.

Durante o desenho inicial do trabalho não havia uma teoria a ser testada. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com uma pergunta a ser respondida e objetivos a serem alcançados através de observações e entrevistas realizadas com atores envolvidos no processo de implementação de política/ações na esfera municipal.

Após a análise dos resultados obtidos, para uma melhor compreensão e interpretação deles, encontrou-se uma teoria que podia emprestar sua perspectiva como lente para este estudo. Uma teoria que fosse útil para auxiliar a compreensão de processos complexos de gestão de políticas públicas.

A teoria em questão denomina-se, “Teoria da Fragmentação de Políticas Públicas”, proposta por Humberto Falcão Martins (2003) definida como perda de coerência, consistência e coordenação nas políticas públicas dentro de um mesmo sistema. Nas palavras do autor:

(...) a fragmentação é o resultado de um processo descoordenado, inconsistente e incoerente de formulação/implementação de políticas, programas ou projetos. A partir dessa ótica, os objetivos propostos inicialmente serão, portanto, respondidos. (Martins, 2003, p.74.

Martins declara que a constatação de sua pesquisa contribui para explicar a fragmentação e valida a teoria da fragmentação de políticas, não somente dentro de sua proposta metodológica, mas também para outros estudos. Melhor dizendo, o autor abaliza que sua teoria pode ser expandida para outras direções em outros contextos de políticas públicas, bem como na elaboração e implantação de ações e políticas municipais de saúde.

A pesquisa de Humberto F. Martins (2003) consiste na aplicação, validação e defesa da teoria da fragmentação de políticas públicas por intermédio da análise de três casos de política de gestão pública no período compreendido entre 1995 e 2002. A proposição central do estudo é que “existe um fenômeno de fragmentação subjacente aos casos analisados, e esse fenômeno constitui uma explicação plausível para a descontinuidade e a baixa implementação das políticas de gestão pública no período.” (MARTINS, 2003, p.217). Assim sendo, o autor defende a seguinte tese: “o fenômeno da fragmentação se deve à existência de uma combinação

disfuncional de fatores estruturais de integração subjacentes às dinâmicas constitutivas dos casos”. (MARTNIS, 2003, p. 122)

Em seu texto, primeiramente, Martins elabora um modelo conceitual de análise de políticas com a finalidade de caracterizar os processos constitutivos dos casos analisados, a partir de elementos presentes nas principais perspectivas analíticas sobre políticas públicas (sistêmico-heurística-institucional-racionalista e seleção temporal aleatória). Nesta fase, ele também elabora a teoria da fragmentação de políticas públicas, seus fundamentos epistemológicos e metodológicos, suas definições de partida, proposições centrais e um modelo analítico.

A Teoria da Fragmentação de Políticas propõe que a fragmentação, definida como a perda de coerência, consistência e coordenação nas políticas de um mesmo subsistema e entre diversos subsistemas, é um resultado indesejado associado a elementos estruturais dos processos de formulação e implementação de políticas, tais como liderança executiva, estratégia, ajustamento mútuo, estrutura formal de coordenação, processos e valores. (MARTNIS, 2003, p. 19)

A teoria da fragmentação de políticas públicas pode identificar categorias e condições sob as quais as políticas podem se tornar eficientes e efetivas. O estudo de Martins divide-se em seis segmentos.

1. Definições de partida: caracterização a fragmentação como falta de coerência, consistência e coordenação nas políticas públicas.
2. Fragmentação: como problema epistemológico identifica as brechas nas principais perspectivas analíticas em políticas públicas.
3. Fundamentos epistemológicos e metodológicos: baseado na concepção de teoria modular de Scharpf.
4. Modelo analítico: são proposições centrais da teoria, uma construção argumentativa composto por seis fatores estruturais de integração.
5. Elementos do modelo analítico: (1) liderança executiva; (2) estratégia; (3) ajustamento mútuo; (4) estrutura; (5) processos; (6) pessoas.
6. Operacionalização do modelo: oferece um roteiro de análise e possíveis prosseguimentos.

O autor afirma que existe uma combinação disfuncional de fatores estruturais de integração entre as fases de formulação e implementação. O resultado mais comum dessa combinação seria a descontinuidade e a baixa implementação das políticas.

A fragmentação das políticas públicas considera como possíveis resultados indesejados associados aos elementos estruturais dos processos de formulação e implementação. Portanto, a pesquisadora analisou os resultados obtidos à luz de seis elementos:

- a) Liderança executiva
- b) Estratégia
- c) Ajuste mútuo
- d) Estrutura formal de coordenação
- e) Processos
- f) Valores

Contudo, antes de iniciar a análise, propriamente dita, cabe esclarecer algumas categorias de análise utilizadas pelo autor e adotadas no presente estudo.

O primeiro consiste no termo “coerência” referindo-se que as políticas deveriam apoiar umas às outras e não serem contraditórias nem conflitantes. O termo também envolve a promoção sistemática de ações que fortalecem, mutuamente, os diferentes órgãos do governo a fim de criar sinergia para a realização dos objetivos definidos. Certamente, que obter coerência em tudo e todo o tempo é impossível; porém, reconhecer a necessidade de almejá-la já poderia ser considerado um resultado positivo. O autor refina o termo “coerência” nas políticas atribuindo três dimensões: horizontal, vertical e temporal. A primeira, coerência horizontal busca assegurar que os objetivos individuais e as políticas desenvolvidas por várias entidades se reforcem mutuamente. A coerência vertical assegura que as práticas das agências, autoridades e órgãos autônomos se reforcem mutuamente com os compromissos políticos mais amplos; enquanto a terceira dimensão, a coerência temporal, busca assegurar que as políticas continuem sendo efetivas ao longo do tempo e que as decisões de curto prazo não se oponham aos compromissos de longo prazo. (MARTINS, 2003, p. 73)

Outra categoria que Martins adota e a presente análise se apoia refere-se ao termo “coordenação” nas políticas que significa diversos sistemas institucionais e gerenciais formulando e trabalhando políticas de forma oportuna, harmônica e proporcional. A “consistência” significa garantir que as políticas individuais não se constituam internamente contraditórias e que as políticas antagonistas não ganhem força a ponto de desviar um determinado objetivo. (MARTINS, 2003, p. 75)

O terceiro termo que este estudo destaca é o de “estratégia”. Para o autor trata-se de um fator de integração na medida em que sinaliza o propósito (missão), o futuro (visão expressa, comunicada), e como alcançá-lo (planos que se desdobram em programas, projetos, ações etc.). Portanto, a estratégia pode estar presente sob a forma de um plano (estratégia elaborada), de

declarações de posicionamento ou que pode ser emergente sendo subsumida a partir de comportamentos e decisões estruturantes. (MARTINS, 2003, p.

Dito isso, ao observar o processo de implementação e as perspectivas dos atores envolvidos nestes processos, com frequência foi possível observar sinais de fragmentação decorrentes de incoerência e descoordenação, como baixa integração, baixa convergência e presença de conflitos. Além disso, foi possível utilizar a perspectiva desta teoria no cenário onde a pesquisadora acompanhou as ações na esfera pública municipal e também as políticas em si, pois considera-se que as políticas públicas dispõe sobre “o que fazer” (ações), “onde chegar” (objetivos) e “como chegar (estratégia).

8.1 Ações da área da saúde no início da nova gestão (2017-2020) em Itu – SP

O Quadro 4 apresenta as principais ações elencadas como prioridades no momento inicial da gestão em questão.

Quadro 4 Ações no início da nova gestão (2017-2020)

CATEGORIAS DE AÇÕES	AÇÕES
Educação e informação	1. TV nas UBS
Estrutural	2. Farmácia central
	3. Farmácia escola no Pirapitingui
Gestão	4. Consórcio intermunicipal
	5. Ponto eletrônico nas UBS
	6. Prontuário Eletrônico na UBS 2
	7. Enfermeira auditora para resultados
Imagem	8. Uniformes e crachás
Saúde / assistência	9. Hospital dia
	10. Protocolos médicos
	11. Troca de laboratório
	12. E.S.F cidade nova

Fonte: Elaborado pela autora. 2020.

Dessas doze políticas / ações locais, pode-se afirmar ao final deste estudo que três não foram implementadas conforme planejado: (1) Consórcio intermunicipal; (2) enfermeira auditora para resultados; (3) Estratégia de Saúde da Família em uma das UBSs.

O **consórcio intermunicipal** não aconteceu devido o prefeito de um dos municípios não reconhecer os ganhos de eficiência, logo, não houve sinergia para os processos de compras que o consórcio poderia gerar, pois não se construiu um “ajustamento mútuo” como fator estrutural de integração apesar se tratar de um círculo restrito de atores relevantes. Essa falta de eficiência na política corrobora com a perspectiva de Martins, “as formas de coordenação negociada são mais integradoras que as formas não negociadas” (2003, p.99). De fato, “a maior parte das barreiras à integração de políticas está fortemente enraizada nas diferenças de percepção das partes interessadas sobre as questões envolvidas” (OCDE, 2002)

De acordo com Lima (2000), consórcios intermunicipais na área da saúde são uma modalidade de gestão utilizada, principalmente, em municípios pequenos e tem uma grande concentração nos estados do Sudeste e Sul do Brasil. Seu desenvolvimento é mediado por diferentes interesses e formas de implantação.

O crescimento desta prática de gestão pode ter conotações distintas em uma análise mais aprofundada sobre a sua forma de implantação. Se por um lado a conformação dos consórcios é feita por meio de amplos debates dos atores envolvidos e de acordo com a real necessidade de assistência da população dos municípios, por outro lado, pode estar acompanhada de interesses clientelistas de gestores ou comprometida com o aumento da "resolubilidade" do serviço de saúde de um determinado município, viabilizando a prática de terceirização ou do sistema de cooperativas de trabalhadores. (Lima, 2000).

Quando os interesses ou valores dos gestores dos diferentes municípios não estão alinhados, a chance de fracasso na implementação de um consórcio entre esses municípios é significativa. Em perspectiva teórica, considerar o “ajustamento mútuo” como fator estrutural de integração implica:

(...) identificar em que extensão há formas de coordenação negociada atuando por detrás dos arranjos formais de coordenação, quer entre um círculo restrito de atores relevantes, quer de forma estendida à comunidade de política pública em jogo. (MARTINS, 2003, p. 204)

Em suma, a dinâmica para essa política de saúde, consórcio intermunicipal, requer a criação de objetivos em comum que, por sua vez, demandam uma negociação eficiente em função do interesse ser afetado por diferentes aspirações e modo de interpretação de informações.

A **contratação da enfermeira auditora** chegou a acontecer; porém, por um curto período, após o qual a profissional deixou de ocupar esse papel. Nitidamente, os gestores entenderam a necessidade de um ator que fizesse a ponte entre as unidades de saúde e a secretaria de saúde, mas os resultados indicam que não houve alinhamento e comunicação efetiva para que as enfermeiras responsáveis pelas unidades soubessem da presença da auditora, bem como o que esperar e poder demandar a ela. A primeira evidência disso é que não houve consenso sobre o nome da funcionária. A segunda é o fato de que praticamente metade dos funcionários considerou positiva a presença da auditora ou afirmou que suas demandas eram atendidas.

A descontinuidade aqui presente, ocorre no sentido de a gestão ter estabelecido o papel de uma auditora para os processos nas Unidades básicas de saúde em função de uma boa denominação ser alocado neste cargo. Uma vez que a profissional opta por se desligar do cargo, a posição não voltou a ser ocupada gerando mais uma vez fragmentação e descontinuidade nas ações propostas.

Essa fragmentação evidencia que o sucesso ou fracasso de uma política está estreitamente ligado ao efeito da compreensão sobre o interesse de uma solução consensuada e não da manipulação de informações sobre as prováveis consequências de diferentes soluções. A ação de contratação da enfermeira auditora demanda uma busca conjunta de soluções que somente podem ser bem sucedidas mediante a comunicação aberta e eficiente. Os atores envolvidos não apenas devem aprimorar a confiança mútua, face as inevitáveis situações de decepção, mas também devem estar de acordo com regras elaboradas, objetivos definidos e metas alcançadas.

Coordenação positiva depende de confiança, e confiança mútua entre egoístas racionais requer investimentos custosos na confiabilidade, que leva tempo para se desenvolver e é facilmente destruído. (MARTINS, 2003, p. 97)

A **Estratégia de saúde da família**, em primeiro lugar, não foi formulada e implantada de acordo com o modelo nacional. Ela foi uma tentativa de um modelo adaptado, utilizando o conceito de uma médica da família que seria colocada na UBS de maior volume de atendimentos no município. Os resultados obtidos, durante a presença da médica, foram positivos; ainda assim, não se tratou da estratégia em si, composta por uma equipe interdisciplinar, centrada na figura do agente comunitário de saúde e itinerante pelas residências da comunidade em questão. O resultado da presença da médica foi a redução na fila de agendamento para os médicos especialistas, melhor acompanhamento e acolhimento para pacientes com doenças crônicas.

Entretanto, quando a médica em questão deixou o cargo ainda em 2019 por ter passado em concurso público em outro município, sua posição não foi repostada, deixando de existir a figura do médico da família da unidade. Criou-se apenas um plano para que em um próximo concurso público se contemplasse a posição de médico da família. Tal contratação não havia ocorrido até o final deste estudo (setembro de 2020).

A fragmentação aqui presente se vê refletida na descontinuidade e na falta de coerência temporal que ocorre quando as decisões de curto prazo não estão alinhadas com macro objetivos de longo prazo (Martins, 2003).

Também foi possível verificar neste processo e nas palavras dos gestores, a ainda presente dependência financeira dos municípios com relação à união. A união cadastra e apoia a iniciativa da estratégia da saúde da família. Entretanto, mesmo que o município cumpra os requisitos para implementar a estratégia, ela não garante o aporte financeiro pelo qual a união é responsável.

Sob o ponto de vista dos recursos próprios municipais, pode-se dizer que o financiamento da ESF é problemático e instável. Para a contratação do pessoal da ESF, os municípios contam com os recursos transferidos pelo governo federal.

Essa complexidade vem causando controvérsia entre os municípios e os Tribunais de Contas, uma vez que, não está resolvida, em várias municipalidades, o Executivo tem colocado resistências à continuidade da ESF, pensando duas vezes antes de habilitar novas equipes e/ou cancelando o programa, mesmo que temporariamente (Carvalho, 2014).

Para enfrentar essas dificuldades, o Ministério da Saúde, no ano de 2003, iniciou a execução do Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (Proesp), cujo objetivo era viabilizar, a partir de um acordo de empréstimo celebrado com o Banco Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento (Bird), a transferência de recursos financeiros, fundo a fundo, isto é, do governo federal para estados e municípios, para expansão da cobertura, qualificação e consolidação da ESF nos municípios com população superior a 100 mil habitantes.

8.2 Propósitos vinculados às ações priorizadas

De forma geral, foi possível verificar que o principal propósito associado à formulação e implementação das políticas/ações acima, foram: (1) aumento de controle; (2) autonomia; (3) eficiência do município.

O **hospital municipal**, o **ponto eletrônico nas UBS**, **prontuário eletrônico** na UBS 2 e os **protocolos de solicitação de exames**, de forma indireta, contribuíram para uma melhor assistência, uma vez que geraram mais eficiência nos processos e redução do tempo de espera pela consulta médica. Os médicos passaram a cumprir seus horários, houve redução de tempo para o agendamento de pequenas cirurgias, antes dependiam do Estado, também o agendamento para realização de exames, uma vez que os protocolos médicos reduziram a realização de exames “genéricos” ou “desnecessários”, de acordo com os gestores municipais. Assim, pacientes que passaram pelo clínico com alguma queixa específica, foram encaminhados para o especialista capaz de solicitar (ou não) exame específico para tal paciente.

Crachás, uniformes e televisão foram ações/políticas que tiveram seus propósitos vinculados à melhoria da comunicação e imagem da prefeitura em si com a população. Independentemente dos resultados obtidos com essas ações, pode-se afirmar que os gestores possuíam ao menos a intenção de que a população se sentisse mais próxima da prefeitura, que por sua vez tornou-se mais transparente para a população seja através da identificação dos funcionários, facilitando a comunicação entre eles, permitindo encaminhamento de críticas e elogios a seu respeito por meio de propagandas pela TV que tornasse a população mais informada sobre as atividades realizadas pela prefeitura em diferentes áreas.

As **farmácias centrais (centro e Pirapitingui)** e a **troca do laboratório** responsáveis pelos exames laboratoriais foram explicitadas como ações que gerariam redução de custo, aumento do controle e por consequência mais eficiência. Os gestores afirmaram que os estoques de medicamentos foram reduzidos ou ajustados de acordo com a real demanda e o número de farmacêuticos contratados pôde ser reduzido. Os custos reduzidos do novo laboratório contratado associados à redução no tempo de entrega dos resultados; tudo isso, teria contribuído efetivamente para melhoria nos diagnósticos em geral.

Evidencia-se que a maior parte dos esforços da nova gestão focalizou-se na qualidade da prestação de serviços, aproximação entre os funcionários da saúde com a população e redução de gastos. Certamente que algumas das mudanças importantes demandam tempo para sua

consolidação e visualização de resultados. Contudo, setor público deve estar em permanente aperfeiçoamento de suas capacidades estratégicas para a adaptação às necessidades da sociedade.

Os propósitos vinculados às ações podem ser compreendidos como estratégias porque se trata de um planejamento ou uma direção que considera determinados comportamentos de consistência com posições pré-definidas almejando resultados específicos, por exemplo a ação correspondente à enfermeira auditora e ponto eletrônico. Embora tenha havido reveses e limitações, reconhece-se o esforço da gestão em implementar ações de ajustamento em termos de estrutura e processos.

8.3 Como foram implementadas as ações e políticas públicas

Apesar deste trabalho não ter o propósito de avaliar os resultados das políticas e ações definidas pela gestão, foi possível observar de que forma elas foram implementadas e tiveram seus resultados alterados. Conforme sugere Lotta (2014), seria interessante verificar se as ações e políticas implementadas resultaram em práticas aliadas aos resultados almejados ou produziram mecanismos piores para os resultados das políticas. Para isso, seria necessário construir novos dados relativos ao acesso dos usuários aos serviços públicos prestados e informações sobre a satisfação e confiança da população em relação às políticas de saúde do município pesquisado. Assim sendo, a autora também constatou uma carência na literatura de estudo sobre implementação das políticas públicas, considerando a importância desta fase no contexto geral de políticas públicas, especialmente na área de saúde pública municipal.

Considerando também a abordagem de Faria (2012), este justifica o estudo da implementação, entre outros fatores, pela necessidade de maximizar o impacto do gasto público e monitorar o comportamento dos agentes mobilizados para a implementação, a fim de produzir informações essenciais para que políticas futuras possam ser mais exitosas.

Segundo Arretche (2001), é ingênuo esperar que não exista divergência entre as ideias de formulação e implementação de políticas públicas. Se levar em consideração que a implementação é capaz de provocar uma cadeia de transformações (quase sempre realizadas por atores distintos daqueles envolvidos com a formulação da política), mais proveitoso torna-se o estudo dos motivos e das consequências dessas transformações.

No trabalho de Pressman e Wildavsky (1984), o foco recaía na análise da complexidade da ação coletiva implicada no problema de implementação (multiplicidade de atores com distintas perspectivas e prioridades, multiplicidade de arenas decisórias e pontos de veto).

Dentro dessa perspectiva, a pesquisadora tentou extrair daquilo que se ouviu dos atores envolvidos no processo de implementação das políticas/ações, padrões e similaridades na forma como uma ideia transformou-se (ou não) em uma realização.

Com base em Lotta (2010), a primeira constatação foi de que implementação de qualquer coisa nada mais era do que um processo de interação ocorrida entre vários atores, burocratas ou não, ao longo de uma cadeia de atividades e relações.

A implantação da ação “**TV nas UBS**” praticamente não aconteceu. Os televisores já se encontravam nas unidades básicas de saúde, quando a gestão estudada optou por aproveitar este recurso para transmitir conteúdo de interesse da prefeitura. O fato de, principalmente, alguns funcionários não saberem informar se a TV estava funcionando ou não, ou mesmo para aqueles que a notaram, não saberem o conteúdo transmitido, evidencia que resultou numa ação sem qualquer tipo de comunicação, esclarecimento ou a interação entre gestores, aqueles que organizaram o conteúdo transmitido, funcionários da UBS e finalmente os usuários. Notou-se no discurso dos funcionários, um sentimento de exclusão do processo de implementação dessa ação.

Com relação a criação da **Farmácia Central**, a implantação se deu de forma “Top-Down”, melhor dizendo, uma vez que os gestores da secretaria municipal decidiram por esse mudança, a sequência de ações se deu na seguinte forma: orçar com a empresa terceirizada que fazia a gestão de compra de medicamentos para a gestão de uma farmácia central, processo interno para locação de um imóvel para alocar essa estrutura, comunicado interno endereçado às enfermeiras chefe de cada unidade para replicar a decisão aos demais funcionários e usuários, com a data na qual a farmácia daquela unidade deixaria de funcionar (com a abertura da farmácia central).

O modelo “top-down” faz referência às abordagens dos processos de decisão e à teoria da organização tendo como principal referência Pressman e Wildavsky (1973). Os problemas relacionados à implementação são identificados como problemas de controle e de coordenação. Essa abordagem acredita que, uma vez que uma política ou ação seja definida pelo nível

hierárquico superior, seu sucesso depende do acatamento dos níveis inferiores e da coordenação das ações necessárias.

O que se verificou foi o papel fundamental das enfermeiras chefes de cada unidade, nesse caso “burocratas de nível de rua”; pois a forma como replicaram a decisão, influenciadas pelos seus valores pessoais, gerando discricionariedade, afetou diretamente o olhar e o posicionamento dos demais funcionários e usuários. De modo geral, as UBS cuja enfermeira chefe compreendeu os motivos e benefícios da centralização da farmácia a ação foi bem sucedida.

Entretanto, não é possível deixar de evidenciar que, para a maioria dos funcionários, alinhados com os propósitos dos gestores, a unificação das farmácias foi algo positivo em termos de gestão de estoque, funcionários e espaço. Ao mesmo tempo, tal decisão prejudicou todos os usuários que passaram a se deslocar com maior distância gastando mais tempo, para além do atendimento médico, para terem acesso aos medicamentos necessários.

Não é necessariamente um mau resultado, desde que previsto na formulação da política que teve como objetivo atender demandas da própria administração e não da população alvo.

O **consórcio intermunicipal** não ocorreu na prática. Foi formulado, inclusive utilizado como promessa de campanha eleitoral, mas com a desistência de um dos prefeitos, o consórcio deixou de fazer sentido. Isso evidenciou que, ainda em fase de inclusão da política na agenda, bem como em sua formulação, os seus objetivos não estavam bem definidos para os três membros participantes. Os motivos argumentados pelo prefeito desistente evidenciaram que os benefícios do consórcio em termos de criação de sinergia e eficiência na contratação e compra de alguns serviços não eram visíveis a ele.

Mais uma vez, a teoria da fragmentação nas políticas públicas se encaixa neste cenário com a falta de continuidade, valores e interesses comuns entre os atores envolvidos no consórcio intermunicipal. Notou-se também fragmentação no fato de que a maioria dos funcionários públicos da área da saúde municipal desconheciam qualquer informação a respeito do possível consórcio.

A respeito do **ponto eletrônico**, talvez tenha sido o processo de implementação mais longo e complexo. De acordo com a secretária de saúde, os funcionários das UBS, principalmente os médicos, já haviam sido comunicados com antecedência de que deveriam se organizar, pois a partir do momento determinado, estes passariam a ter que comprimir efetivamente suas

jornadas contratadas. Ou seja, se um médico atendia 20 pacientes em duas horas e ia embora, foi avisado que com o ponto eletrônico iriam passar a cumprir a jornada contratada, por exemplo de 4 horas e, por consequência, o número de atendimentos tenderia a aumentar.

No momento da implantação dos pontos eletrônicos, alguns médicos resistentes se recusaram a utilizá-los. A consequência gerada foi que a diferença da carga horária foi descontada em folha de pagamento. Por um período, que ainda não havia se encerrado no final da coleta de dados, houve muita tensão e resistência por parte dos médicos com relação aos gestores. Esses lidaram com a situação de forma hierárquica: “É assim que é para ser. Se não estiver bom para vocês, por favor procurem o RH para deixar o cargo”.

Isso reforçou a ideia de que a classe médica age na atenção primária, de modo geral, com pouco comprometimento com os contratos estabelecidos. Não raro ouviu-se histórias de médicos que em seus horários contratados para atender ao SUS, estavam em suas clínicas privadas realizando atendimentos particulares.

A implementação ocorreu de forma “top-down” novamente. A fragmentação ocorreu pelo simples fato dos interesses entre os diferentes atores envolvidos (neste caso principalmente médicos e gestores) não serem convergentes: os primeiros em busca de despende o menor tempo possível para atender ao SUS com a mesma remuneração e, os segundos, buscando eficiência, controle e otimização dos recursos humanos disponíveis para atender a demanda.

Os **prontuários eletrônicos** foram implantados de forma estratégica e planejada. Pode-se afirmar que talvez tenha sido a política/ação melhor implementada considerando o propósito, o planejamento, o envolvimento dos atores e resultados obtidos.

Foi feita a opção por implementar o prontuário eletrônico de pacientes em apenas uma UBS (a maior de todas em termos de número de pacientes cadastrados) adquirindo equipamentos novos (computadores, impressoras e *scanners*). Para isso, a gestão contratou uma empresa especializada em *software* para instalar os prontuários, digitalizar os prontuários de papel e, por fim, treinar todos os profissionais da UBS (enfermeiros, técnicos, recepcionistas e médicos). Após esse treinamento, mantiveram um profissional da mesma empresa disponível durante todo o período de funcionamento da UBS no próprio local para atender aos profissionais em caso de dúvidas nas primeiras semanas de funcionamento do sistema.

Da maneira pela qual foi organizada a implementação dos prontuários eletrônicos, praticamente não houve resistência por nenhum ator envolvido; após os resultados obtidos. Sendo assim, a prefeitura se organizou para replicar essa ação em outras UBSs.

Seguindo essa perspectiva, Canêo e Rondina (2014) afirmam que, apesar dos aparentes benefícios trazidos pela adoção do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), o avanço dessa tecnologia no setor de saúde exige investimento de alto custo por parte das instituições de saúde e educação dos profissionais de saúde. Em estudo conduzido pelos mesmos autores, a única desvantagem da implementação dos prontuários eletrônicos, citada por mais de 50% dos estudos selecionados, foi a resistência dos profissionais da saúde quanto ao uso de novas tecnologias, o que se deve, normalmente, à falta de domínio de informática por parte dos usuários.

O sucesso ou fracasso na implantação de um sistema de prontuários eletrônico está condicionado, diretamente, ao treinamento intenso e adequado da equipe e à sua participação nas diversas etapas que precedem a implantação do sistema e à familiaridade dos usuários com o sistema implantado. (CANÊO; RONDINA, 2014, p.69)

Considerando que no caso essa resistência praticamente não ocorreu, a implementação dessa ação pode ser considerada bem sucedida e, como principais vantagens desta ação/política são: o rápido acesso ao histórico do paciente; consulta de dados; otimização do tempo de atendimento; controle e planejamento hospitalar e melhora na qualidade do atendimento aos usuários.

A informatização dos sistemas de saúde é uma das prioridades da gestão do Ministério da Saúde. O objetivo é integrar o controle das ações, promover a correta aplicação dos recursos públicos, obter dados para o planejamento do setor e, principalmente, propiciar a ampliação do acesso e da qualidade da assistência prestada à população, tornando o atendimento mais eficiente. A medida ajudará também a reduzir custos, evitando, por exemplo, a duplicidade de exames medicamentosos.

Vale ressaltar que o Governo Federal possui um sistema nacional de prontuário eletrônico dos pacientes. Trata-se do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e é ofertado gratuitamente pelo Ministério da Saúde, e reúne o histórico, os dados, procedimentos realizados e os resultados de exames dos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), atendidos na Atenção Básica. O prontuário também permite a verificação, em tempo real, da disponibilidade de medicamentos ou mesmo o registro das visitas de agentes de saúde, melhorando o atendimento ao cidadão.

A transmissão 100% digital dos dados da rede municipal à base nacional possibilita, ainda, que o Ministério da Saúde confira online como está sendo investido cada real do SUS, na saúde do brasileiro. Os municípios também podem utilizar versões próprias ou privadas (DATASUS, 2020).

A implementação inicial da ação de **contratação de uma enfermeira auditora** ocorreu também de forma fragmentada e top-down, uma vez que a profissional qualificada para esse cargo foi contratada, mas não houve comunicação formal com as enfermeiras chefes da UBS a fim de informá-las e orientá-las no que diz respeito a como a auditora poderia auxiliar nas rotinas das UBS. O principal indicador disso foi o fato de que diferentes nomes de profissionais foram apontados na resposta à pergunta quanto a se alguma auditora acompanhava o trabalho das unidades.

Quase 20% dos funcionários afirmaram que não havia acompanhamento ou visitas por uma auditora. O fato de após o desligamento da profissional, a vaga não ter sido repostada, entende-se que essa ação não atendia de fato a demanda nem dos usuários nem dos funcionários. Um cargo foi criado para alocar uma profissional diferenciada e qualificada, mas sem obtenção dos resultados pretendidos.

A respeito desta problemática, Kravetz (2020, p.20) auxilia a análise na seguinte direção:

As práticas atuais dificultam a implantação efetiva de uma cultura meritocrática no serviço público da saúde, para efeitos de proposições no nosso estudo, e nos demais setores dos serviços públicos e de modo geral no Brasil, porque conferem benefícios, privilégios e posições sociais por meio de critérios políticos, através de relações de poder e influências relacionais em detrimento de considerar os méritos dos indivíduos, seu bom desempenho e fatores como capacidade técnica e esforço pessoal. Desta forma são distribuídos os Cargos em Comissão sem a necessidade de concurso público, ou seja, cargos em comissão são aqueles destinados ao livre provimento e exoneração, de caráter provisório, destinando-se apenas às atribuições de direção, chefia e assessoramento, podendo recair ou não em servidor do Estado.

No Brasil, como os indivíduos nascem em posições sociais distintas, eles desenvolvem habilidades desiguais. Assim, os resultados positivos e negativos advindos das habilidades e talentos de cada um não são de responsabilidade do indivíduo, e sim de todo o corpo social. Ou seja, o indivíduo nessa perspectiva, tende a ser percebido como um ser reativo que responde exclusivamente às condições a que se vê submetido. (BARBOSA, 2003). Em síntese, a autora

relaciona igualdade e meritocracia e, afirma que ambas estão intimamente ligadas em uma sociedade democrática porque aqueles indivíduos que conquistaram seus lugares mais altos na hierarquia, atribuí-se a eles conhecimento público e formal (mérito) sob a forma de cargos, salários, privilégios, status e prestígio. O sistema meritocrático deveria ser uma exigência para a consolidação de uma sociedade democrática que, do ponto de vista dos princípios, garante a igualdade de oportunidades para todos.

Se todos nós queremos os melhores, como identificá-los e que instrumentos utilizar para selecioná-los? Mais ainda, como garantir que todos tenham igualdade de condições para competir? O primeiro passo prático das meritocracias, portanto, é garantir igualdade de condições para a competição, e o segundo é estabelecer processos de avaliação que permitam a identificação precisa de hierarquia de desempenho. (BARBOSA, 2003, p.23)

Portanto, as ações/políticas com resultados positivos ou negativos são oriundas de diferentes desempenhos; em outras palavras, os resultados de uma política não pertencem aos indivíduos e, sim, à gestão estratégica que efetiva o ajustamento entre estrutura e processos.

O uso de **crachás e uniformes** foi uma política/ação que, apesar de considerada implementada, ocorreu de forma fragmentada e *top-down*. Os gestores decidiram que faria sentido incrementar a identificação dos funcionários por meio do uso de uniformes e crachás, foi possível constatar que não houve uma divulgação desta “recomendação”. Os gestores solicitaram o envio dos uniformes e cadastramento dos funcionários para a confecção dos crachás. Uniformes foram entregues na UBS e aos funcionários foi solicitado que comparecessem para tirar a foto de identificação. Os gestores afirmaram que nem todos os funcionários compareceram. Alguns funcionários afirmaram que nem todos eles usam os dois itens de identificação. Também afirmaram não haver nenhum tipo de “fiscalização” com relação ao seu uso; ou seja, a partir do momento que a decisão de implantar foi tomada, não houve uma comunicação efetiva e esclarecedora, normatizando o uso pelos funcionários. Estes por sua vez, o usam quando e se o quiserem usar.

Na busca por iniciativas semelhantes em outros municípios, encontrou-se relatos nos quais gestores e, eventualmente, prefeitos estiveram envolvidos na implementação do uso de uniformes para identificação dos servidores da área da saúde. É o caso do município de União de Minas – MG:

A iniciativa deste uniforme é, primeiramente, valorizar o servidor perante a população, mostrando que eles trabalham pela comunidade. São eles os

facilitadores desse trabalho. Segundo, é uma forma de identificá-los perante a comunidade. Uniformizar é padronizar o serviço. (Prefeito do município)¹⁰.

Quanto ao **Hospital Municipal**, teve sua implementação realizada de forma estruturada. A partir do momento em que a necessidade de um hospital próprio do município foi levantada, iniciou-se o planejamento. Primeiramente, definindo de onde viriam os recursos necessários para a locação de um imóvel com esta vocação. Reestruturaram outros estabelecimentos locados pela prefeitura para otimizar espaços e deixar de locar alguns imóveis pequenos. Com o valor economizado negociaram a locação do antigo hospital Chierighini, desativado naquele momento. Em seguida deram início à reforma do prédio e à aquisição de equipamentos médicos. Também receberam doações de empresários e cidadãos que mobilizados pela prefeitura resolveram ajudar. O tomógrafo, por exemplo, foi doado por uma família da cidade. Simultaneamente, a alocação de funcionários foi estabelecida; alguns médicos que já pertenciam ao quadro de funcionários da Prefeitura passariam a atender e a realizar cirurgias de baixa e média complexidades. Os demais novos cargos administrativos e de apoio viriam através da empresa terceirizada que já prestava serviços de administração no Pronto atendimento municipal.

Dessa forma, em fevereiro de 2019, o hospital passou a funcionar com atendimento 24 horas por dia para procedimentos agendados. Paciente com problemas de urgência e emergência deveriam continuar buscando o pronto-atendimento municipal. O hospital começou a atender pacientes que esperavam por cirurgias de baixa e média complexidade. Naquele momento, aproximadamente 900 moradores aguardavam por este tipo de procedimentos. Antes da inauguração do hospital, as cirurgias eram realizadas em outras unidades de saúde das cidades da região. A Central de Vagas do município passaria a entrar em contato com os pacientes para que o agendamento fosse realizado. A previsão naquele momento era após 2 meses um Centro de Diagnósticos funcionasse no hospital, equipados como tomógrafo, raio-x digital e ultrassom.

A análise dessa sequência de fatos que culminou na inauguração de um hospital municipal. Portanto, evidencia a importância da gestão e administradores, pessoas que toma decisão, estarem diretamente envolvidas na implantação para que uma política ou ação seja bem sucedida. Sob a ótica da teoria da fragmentação, a liderança executiva como fator de integração, gera coordenação e reduz a fragmentação da política/ação. De acordo com a literatura, a

¹⁰ “Saúde - Prefeitura de União de Minas realiza entrega de uniformes aos Servidores da Secretaria Municipal de Saúde”. disponível em: <http://www.uniaodeminas.mg.gov.br/news/saude-prefeitura-de-uniao-de-minas-realiza-entrega-de-uniformes-aos-servidores-da-secretaria-municipal-de-saude>.

liderança é um processo grupal que envolve a influência de um indivíduo sobre os demais. O executivo principal é capaz de influenciar seus liderados para uma determinada direção gerando uma convergência estrutural, pois é o executivo que influencia os ideais comuns e reforça o comprometimento da gestão com a política e ação a ser implantada.

Nos discursos da secretária de saúde, prefeito e diretor de saúde, a implementação do hospital municipal demandou atenção e acompanhamento diário, o que corrobora a afirmação anterior.

O Hospitais Municipal de Itu é de pequeno porte, possui menos de 50 leitos. Hospitais desse porte representam 62% da rede hospitalar brasileira e 18% dos leitos existentes distribuídos, majoritariamente, em municípios interioranos de pequeno porte. Trata-se de hospitais de baixa complexidade e densidade tecnológica e exibem uma baixa taxa de ocupação (32,8%). Certamente, se trata de uma categoria estratégica para a integralidade do cuidado no SUS, por sua participação no parque hospitalar e por sua capilaridade para o interior do país e pelo seu potencial de agregar resolubilidade à atenção básica, de garantir continuidade da assistência entre os diferentes níveis de complexidade (UGÁ; LOPEZ, 2007).

Hospitais municipais são a forma encontrada pelos gestores municipais para o atendimento às necessidades de saúde locais. Por outro lado, a atenção hospitalar tem sido responsável por parte do aumento de custos em saúde. Porém há estudos que sugerem que hospitais menores de 200 leitos apresentam redução da eficiência (Malik, 2019).

Com relação ao **protocolo de pedidos de exames**, a política / ação gerada após a consultoria contratada, no início da gestão, teve sua implementação *top-down* fragmentada, uma vez que os gestores optaram por criar um protocolo de solicitação de exames baseado em um modelo do Ministério da Saúde. Em seguida, simplesmente enviaram o comunicado para que as enfermeiras chefes de cada UBS e os médicos atendessem nas respectivas unidades. Portanto, não houve explicação nem a criação de um momento para envolver esses atores na implantação ou para compartilhar o problema abordado, ou seja, o alto custo com realização indiscriminada de exames. A proposta de solução foi unilateral e, simplesmente, foi informada (médicos de diferentes especialidades poderiam solicitar diferentes tipos exames para perfis específicos de pacientes). Sendo assim, houve muita resistência por parte dos médicos; alguns continuaram a solicitar exames que julgavam necessários e a Prefeitura, por sua vez negava ou solicitava justificativa por escrito. Esse processo de confronto gerou tensão e desconforto entre os prestadores de serviço e os gestores.

Este cenário ilustra que faltam, além da comunicação eficiente, poder e visão da gestão. O líder da gestão deve fazer o esforço de integração já que se trata de uma peça central na dinâmica de políticas. A comunicação eficiente leva à negociação de um projeto e, mais do que isso, possibilita o compartilhamento de uma visão; ou seja, de uma construção racional e imaginativa de gestão de políticas diante de um determinado cenário ou problema. (MARTINS, 2003)

Foi possível constatar que a liderança da gestão não contribuiu para a formação de uma visão de futuro em torno do projeto de política municipal de saúde, no que diz respeito à categoria estratégia, não houve esforço político de negociação de poder para a obtenção de adesão dos médicos. É fundamental o modo como a gestão administra uma ação, dividindo ou unindo os atores envolvidos. Para a política / ação ser bem sucedida, a gestão precisa formar coalizões, analisar e dialogar com os atores a forma de distribuição dos recursos (materiais e simbólicos), pois são fatores de poder dos liderados neste cenário de marcado por diferentes interesses. Em suma, a questão que fica é de que modo a gestão foi ativa e eficiente no sentido de fazer valer o poder de convergência para a “visão de futuro”?

É verdade que médicos são corporativistas e se colocam numa posição de superioridade, em nome da saúde (diagnóstico e tratamento) alegam que a administração pública não pode limitá-los (OSÓRIO; SOAR FILHO, 2003). Por outro lado, no momento no qual protocolo estava sendo implementado nas UBSs e, em função da resistência obtida, a própria secretária de saúde mencionou que talvez se um médico de outra organização na qual protocolos também tivessem sido implementados, com resultados positivos, tivessem apresentado esses conceitos incluindo os médicos locais e os funcionários da prefeitura de Itu-SP, poderiam ter recebido a determinação com mais flexibilidade.

Neste caso, o que gerou fragmentação foi o fato dos gestores ou líderes não terem criado integração entre os atores envolvidos, nem coordenação nas etapas da implementação e, por fim, a discricionariedade do implementador, neste caso a enfermeira chefe, que pôde dar a notícia da ação requerida pelos gestores da forma que melhor lhe conviesse (enfermeiras pró gestão abraçaram a ideia dos protocolos e tentaram vende-las aos médicos; as contrárias por sua vez, já apresentaram a normativa com crítica).

Com relação à **substituição do laboratório**, por não ter afetado diretamente as rotinas de qualquer dos atores (usuários e funcionários) e ter sido bem sucedida em termos de tempo de devolução dos resultados dos exames, não houve resistência para sua implementação. As UBS apenas tiveram que se organizar, a coleta de material biológico passou a ocorrer em dias pré-

estabelecidos em cada unidade e, portanto, a coleta de material foi organizada de modo a atender a nova logística de distribuição.

Foi uma ação que ocorreu sem resistências. Apesar de ter ocorrido nos moldes da implementação *top-down*, não foram encontrados elementos de fragmentação no processo.

De modo geral o que se aprendeu com relação à implementação das ações acima descritas, foi que, em primeiro lugar, as dimensões centrais da implementação estiveram sempre presentes quando se observa o que ocorre após a formulação de uma política pública ou o planejamento de uma ação (HILL, 2006). Políticas podem ser ambíguas, complexas, obscuras; além disso podem ser formuladas com objetivos simbólicos e, sem intenção efetiva de implementação, pois elas envolvem compromissos entre interesses conflitantes; [E muito difícil determinar onde termina a formulação e começa a implementação porque há uma série de decisões e transformações que acontecem na prática da política.

Em segundo lugar, o papel do “burocrata de nível de rua” ou do profissional de linha de frente é decisivo para o sucesso ou fracasso da política ou ação. Esses funcionários que interagem diretamente com o público, estão limitados por recursos escassos, atuando em meio a estímulos contraditórios; por um lado, pressionados pelo governo para seguir as normas das políticas definidas de forma impessoal, por outro, o desejo da população que visa obter tratamento mais personalizado (LIPSKY, 1980; LOTTA, 2012).

A ação discricionária desses burocratas determina como ocorre o acesso aos bens e serviços governamentais, uma vez que acaba reformulando a própria política no processo de implementação. Isso porque esses burocratas fazem escolhas de natureza “alocativa”, ou seja, eles adaptam critérios de inclusão e julgam as situações em questão a partir de seus próprios valores e referenciais e não a partir das regras previamente definidas. Deste modo, fazem com que suas ações individuais se tornem o comportamento da agência à qual respondem e representam. As pesquisas feitas sobre tal perspectiva evidenciaram “que o sucesso ou o insucesso de muitos programas com frequência dependiam do comprometimento e das habilidades dos atores diretamente envolvidos em sua implementação” (LIPISKY, 1980).

Em terceiro lugar, considerando que a implementação, se define pelo momento em que as decisões tomadas são executadas, as políticas / ações acompanhadas nesse estudo, ocorreram de acordo com o modelo *top-down* (de cima para baixo), quer dizer, um modelo centralizado

que estabelece hierarquia nas ações com aplicação que parte do governo para a sociedade. Neste modelo, poucos funcionários participam das decisões e das formas de implementação.

Finalmente, notou-se fragmentação em quase todas as tentativas de implantar uma política / ação, sendo gerada, segundo observado neste estudo, principalmente por falta das lideranças gerarem integração entre os diferentes atores. De acordo, com a consultoria realizada no momento inicial da gestão, foram identificadas as principais falhas. Uma das recomendações foi conseguir apontadas foi aumento da participação e envolvimento dos responsáveis técnicos das UBS na gestão. Em nenhum momento essa ação foi mencionada pelos respondentes; pelo contrário, durante as entrevistas, os responsáveis nas UBS queixaram-se do distanciamento e formalidade existente entre secretaria de saúde e unidades básicas.

8.4 Como os atores do sistema de saúde percebem as ações de saúde

Vale à pena iniciar essa discussão lembrando que 10% dos entrevistados informaram desconhecer qualquer política / ação da gestão vigente. Para os demais, o que se notou em termos de percepção sobre as políticas ou ações em si foi o que se segue:

Os gestores afirmaram que as **TV nas UBS** já existentes que estavam desativadas poderiam ter sido aliadas na comunicação com a população por meio de conteúdos educativos, como por exemplo, ensinando quando a população deveria buscar uma UBS ou um PAM. Esse tipo de conteúdo não foi apresentado.

Apesar dessa ação ter sido encerrada até o fim deste estudo, o motivo apresentado para sua implantação divergiu entre os gestores entrevistados. Um afirmou que havia necessidade de informar melhor a população usuária dos postos de saúde sobre: campanhas de vacinação, disponibilidade dos médicos em cada dia da semana, conceitos de saúde básica etc. Outro gestor informou que já havia televisores nas unidades de saúde e o departamento de secretaria de governo decidiu utilizá-las para transmissão de conteúdo geral da prefeitura como: obras em andamento, orientações gerais e da área da saúde. A percepção do diretor de saúde é de que as televisões não foram uma ação formulada e conduzida pela secretaria de saúde.

Mesmo não havendo alinhamento entre os gestores no que diz respeito a este assunto, a população entrevistada, no geral, não considera o conteúdo interessante e acredita que serve apenas para passar “propaganda da prefeitura”. Os funcionários, de modo geral, desconheciam o conteúdo apresentado por meio das TV.

Isso revela que não houve uma comunicação clara e efetiva entre os gestores para implantar tais conteúdo nem ocorreu coleta de informações adequada para compreender a real demanda da população por conteúdo informativo ou distração durante a espera nas UBS. Em contrapartida, parece natural dentro do processo decisório na arena pública, a dificuldade de contemplar os diferentes interesses, por muitas vezes, gera a fragmentação da política em si.

Os dois gestores afirmaram que o propósito da implantação de **farmácia central** independente das UBS era aumentar o controle geral sobre a distribuição de medicamentos. Além disso, reduziria o fluxo de usuários nos postos com a finalidade única de retirada de medicamentos.

Para os pacientes, essa ação aumentou o tempo gasto com atenção à saúde, pois teriam que se dirigir a mais um local para retirar medicamentos após prescrição. Os funcionários, de modo geral, reconheceram que reduziu a circulação de pacientes nos postos, por conseguinte, alguns funcionários ficaram mais disponíveis para realização de outros serviços. Porém, ressaltam que tal ação prejudicou os pacientes em função de gastarem mais tempo e recurso financeiro para chegarem até a farmácia central independente.

Em seu estudo, Mayorga et al. (2004, p. 208) constataram que os municípios e estados, enfrentam problemas relacionados ao desenvolvimento e qualidade dos serviços farmacêuticos, debilidade na infraestrutura e operacionalidade, além da dificuldade no atendimento da demanda populacional por medicamentos. Apesar de avanços observados com a consolidação do SUS a partir de aporte de recursos financeiros da esfera federal para a saúde nos municípios e, em particular, para a assistência farmacêutica, os espaços físicos destinados ao armazenamento e dispensação de medicamentos nas unidades de saúde continuam reduzidos no ponto de vista da área disponível, além de não contarem com requisitos essenciais para a preservação da qualidade do medicamento.

Por outro lado, a não destinação de um espaço adequado para o serviço farmacêutico inviabiliza a prática da dispensação e da atenção farmacêutica que requer uma relação mais próxima, inclusive física com o paciente, impossibilitando o exercício de uma atividade voltada para a garantia do uso racional do medicamento (BARRETO; GUIMARÃES, 2010).

A ação em si trouxe benefícios para o município em termos administrativos, no sentido de centralização (estoque, sistema de informação, profissionais farmacêuticos) e principalmente de controle. Por outro lado, não atendeu a qualquer demanda pré-existente da população usuária do sistema; pelo contrário, trouxe dificuldades.

Considerando que consórcios são um novo modelo de gestão para adequação de interesses e otimização de recursos escassos, o projeto **Consórcio Intermunicipal** contemplaria parceria entre os municípios de Itu, Salto e Porto Feliz para otimização e redução de custos na aquisição de serviços de transporte de pacientes que demandavam atenção de maior complexidade para municípios de referência na mesma DRS, Serviço de Verificação de óbitos (SVO), Laboratório de análises clínicas que passaria a prestar serviços aos consórcios, ao invés de individualmente para cada município. Basicamente, a parceria entre os municípios geraria redução de custos no ganho de escala nas negociações com prestadores de serviços, logo, tinha como objetivo otimizar a contratação de serviços que dependiam os três municípios. A ação não foi concluída porque, logo na fase inicial, o prefeito de Porto Feliz desistiu de participar.

Para os gestores de Itu, a saída do município Porto Feliz foi devido à grande exposição que tal consórcio e suas subsequentes negociações gerariam. De qualquer forma, os dois gestores entrevistados afirmaram que durante o período pré-consórcio (que não existiu) foi possível reorganizar uma lista de fornecedores de materiais e serviços, capaz de gerar uma negociação de valores com significativa redução de custo.

A publicação da Norma Operacional Básica do Ministério da Saúde, em 1996, (NOB - SUS no 01/1996) despertou o interesse por parte dos gestores municipais em adotar o sistema de consórcios. Se por um lado a conformação dos consórcios é feita por meio de amplos debates dos atores envolvidos e de acordo com a real necessidade de assistência da população dos municípios, por outro lado, pode estar acompanhada de interesses clientelistas de gestores ou comprometida com o aumento da "resolubilidade" do serviço de saúde de um determinado município, viabilizando a prática de terceirização ou do sistema de cooperativas de trabalhadores.

Os dois gestores afirmaram que a ação **Ponto Eletrônico nas UBS** estava implantada e em funcionamento. O uso do ponto eletrônico teve como objetivo evitar fraudes no sistema e melhorar o atendimento dos pacientes do sistema de saúde pública. Eles também apontaram que apesar da grande resistência da classe médica, havia um grande ganho para o município relacionado à redução de custos com pagamento de horas extras desnecessários, bem como a melhor gestão dos recursos humanos.

Usuários no geral não acompanharam a implementação desta ação, ou seja, a decisão por fazê-la foi em função de uma administração dos recursos humanos alegadamente otimizada

garantindo atendimento médico nos horários em que os médicos de fato deveriam estar presentes nas unidades.

No estudo de Mello (2020) a maioria dos médicos entrevistados não permanece na unidade de trabalho durante o período estabelecido, apesar de em sua maioria esses profissionais cumprirem a quota estabelecida de 80 pacientes por semana, mesmo não cumprindo a carga horária de forma integral, o que acarreta numa diminuição no tempo de permanência com cada paciente.

Para parte dos usuários, a implementação do ponto eletrônico não foi percebida, uma vez que mais da metade dos entrevistados desconhecia se havia o equipamento na UBS, bem como se os médicos deveriam cumprir alguma jornada fixa de trabalho. Por fim, afirmaram que há atrasos no atendimento médico em média de 30 a 60 minutos.

Assim, a política / ação foi percebida como positiva pelos gestores pois cumpriu seu papel e atingiu os objetivos propostos. Para os usuários do sistema a ação praticamente não foi percebida. Para funcionários da UBS a ação foi percebida, no geral, como positiva (exceto pelos médicos). Os funcionários entrevistados que disseram que a presença do ponto eletrônico não fazia diferença justificaram essa resposta com alegações de que: o trabalho é o mesmo; não mudava seu horário de chegada ao trabalho. Alguns disseram não usar, mas afirmaram que os médicos foram contra.

Os gestores apresentaram uma percepção positiva sobre a implementação do **prontuário eletrônico** na UBS 2 por não terem enfrentado resistência por parte dos funcionários. Assim, os resultados obtidos foram também positivos, em termos de eficiência da gestão das informações e organizações dos dados. Essa ação facilitou a tomada de decisão dos gestores.

Para os funcionários da UBS, mesmo aqueles que não utilizam ainda este tipo de registro, o uso de prontuário eletrônico é visto como uma ação positiva. Em suma, seja pela ação em si, ou pela forma como foi implementada, os atores envolvidos tiveram a mesma percepção positiva sobre o uso do prontuário eletrônico de pacientes.

A contratação de uma **enfermeira auditora**, apesar de não ter sido uma ação implementada como proposta, aconteceu durante pouco tempo. Para os gestores, apesar do reconhecimento do benefício de um funcionário fazendo a “ponte” entre secretaria de saúde e unidades básica

de saúde, a percepção não foi de fato muito positiva, pois logo após a saída da funcionária do cargo ocupado, optaram por não repor esta posição.

Muitos funcionários disseram que não existia ninguém nesta função. Entre aqueles que disseram existir alguém que visitasse a unidade não houve consenso sobre quem seria a profissional. Os funcionários que afirmaram conhecer a auditora reconheceram que a presença dela na UBS trouxe benefícios porque ela atendia grande parte das solicitações apresentadas.

Portanto, não houve consenso. A percepção foi divergente entre as UBS. A interação que ocorreu (ou não) entre enfermeira auditora e funcionário gerou resultados e percepções distintas evidenciando a relevância do papel do burocrata de nível de rua ou profissional de linha de frente, papel ocupado neste caso pela enfermeira auditora.

Nota-se também a percepção difusa e divergente entre os atores, em partes, devido a comunicação não efetiva entre lideranças e subordinados. Nesta situação, claramente faltou uma apresentação formal feita pelos gestores apresentando a enfermeira auditora para os responsáveis das UBS onde ela iria atuar.

Quanto ao **uso de uniformes e crachás**, apesar da boa intenção por partes dos gestores em termos de melhora na imagem e a comunicação entre funcionários e usuários, a partir da identificação dos trabalhadores, notou-se que o uso foi arbitrário. Alguns usavam e outros não. Ninguém fiscalizava ou comunicava o não uso. Quando mais da metade dos usuários entrevistados afirmam que os funcionários não usam crachás de identificação ou não repararam se usam ou não, nota-se que a ação em si não foi percebida pelos usuários. Por outro lado, mais da metade dos funcionários (60%) entrevistados afirmou utilizar os itens de identificação embora 80% reconheça o benefício do seu uso. Ou seja, há ainda quem reconhece a vantagem, mas não faz o uso.

Novamente aqui, observa-se percepção difusa e divergente sobre a ação implantada. O que chama a atenção, é como outras políticas/ações propostas ou implementadas, a percepção divergente e difusa (quando benefícios não são claros) revela que, muitas vezes, houve uma alocação de recurso público seja financeiro ou humano, sem conseguir atingir o objetivo proposto na política / ação. Isso só corrobora a importância já mencionada anteriormente da etapa da implementação e dos atores envolvidos nela.

O **hospital municipal** teve sua implementação concluída na fase final de coleta de dados para esse estudo comprometendo a análise da percepção dos usuários e funcionários. Se qualquer forma, do ponto de vista dos gestores a decisão e a implementação de um hospital municipal exigir muito esforço, pois foi uma iniciativa que contou com recursos humano e material, planejamento e estratégia exclusivos do município. Mesmo diante da limitação financeira, o município conseguiu inaugurar o hospital e diminuir a dependência que possuía com relação ao estado (com redução dos encaminhamentos de pacientes com quadros de baixa e médica complexidade para municípios referenciados), a percepção dos gestores foi positiva. Com relação à percepção dos funcionários, mesmo que a maior parte ainda não tivesse utilizado os serviços prestados por este hospital, aproximadamente 90% deles perceberam como positiva a implementação de um hospital municipal.

A implementação dos **protocolos de realização de exames**, como dito anteriormente ocorreu de forma fragmentada. Ao decidir pela implementação de forma hierárquica, a gestão solicitou às enfermeiras encarregadas de cada UBS que divulgasse entre os médicos as novas regras para que esses solicitassem exames.

Na perspectiva dos gestores, a política / ação foi positiva porque atingiu os resultados esperados, no que se refere à redução de gastos com exames e redução do tempo de espera na fila por agendamento de exames.

Os médicos, porém, perceberam tal política / ação de forma negativa. Muitos continuaram a solicitar exames mesmo recebendo recusas recorrentes ou solicitações de justificativa. Em seus discursos, foi possível perceber que não enxergam a Prefeitura com poderes ou autonomia para “decidirem” o que eles (médicos) podem ou não fazer dentro da prática médica.

Os pacientes não tinham conhecimento se os médicos tinham critérios a seguir para solicitar qualquer exame, entretanto, relataram que os exames mais comumente solicitados não fazem parte do protocolo (hemograma e urina) e que o tempo de espera pelo agendamento dos exames demorava em torno de 2 semanas. Na entrevista com os gestores, esses informaram que em média, antes do protocolo os exames podiam ser agendados, em média, após 1-2 meses da solicitação.

Quanto aos funcionários, nota-se uma fragmentação da informação uma vez que, aproximadamente 25% deles afirmou que os médicos podem pedir qualquer exame sem nenhuma restrição ou limitação. Daqueles que reconhecem a existência do protocolo para

solicitação de exames, quase 10% afirmou que esse protocolo não é respeitado. Os funcionários por sua vez, possuem uma percepção positiva da implantação desta política/ação pelas mesmas razões elencadas pelos gestores que a formularam.

Considerando verdadeiras todas as respostas dos entrevistados, nota-se que a percepção da política não foi homogênea entre os atores envolvidos.

A **troca de laboratório** prestador de serviços, foi uma das ações que teve a percepção unânime dos atores entrevistados como sendo uma política / ação positiva.

Ao final do estudo, o que se pode perceber de modo geral foi uma percepção divergente entre gestores, usuários e funcionários com relação às políticas / ações acompanhadas. Isso vai de encontro à fala do Prefeito Municipal em uma das entrevistas, quando ele afirma:

Fazer políticas públicas requer habilidade de fazer escolhas e elencar prioridades. Não é possível atender à todas as demandas vindas da população ou de nossos funcionários. Além das necessidades reais da população, dentre as quais é necessário estabelecer prioridades, ainda há as demandas internas da administração, que muitas vezes envolvem redução de custo, aumento da eficiência, aumento de controle ou de domínio da informação e na maioria das vezes essas ações são percebidas com desconfiança e resistência pela população em geral, mas faz parte. (Fala do Prefeito municipal Guilherme Gazzola, 2018).

Em relação às ações acompanhadas nesse estudo, o quadro abaixo elenca as principais metas do prefeito e problemas elencados pelos gestores e as principais queixas da população durante a gestão vigente neste estudo.

Quadro 5 Principais metas elencadas pelo prefeito, problemas pelos gestores e queixas da população.

PREFEITO MUNICIPAL	SECRETÁRIA E DIRETOR DE SAÚDE	USUÁRIOS DAS UBS
<p>Durante a gestão, o foco será dado a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Referenciamento das atividades por especialistas; • Implantação de protocolo para solicitação de exames; • Melhorar o relacionamento entre a secretaria de saúde e os prestadores e usuários • Descentralização (usuários precisam conhecer a estrutura de atendimento de saúde para saber o que e quando procurar cada serviço). 	<p>Problemas mais relevantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O maior problema da saúde pública municipal é a falta de motivação dos funcionários. • Há falta de “quase tudo” aquilo se espera em termos de saúde no município e se queixa do grande volume de trabalho burocrático que toma a maior parte de seu tempo, dificultando a resolutividade de questões relevantes para a melhoria da atenção prestada. 	<p>Maiores Problemas encontrados na atenção básica de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • superlotação das UBSs • Falta de funcionários em geral <p>falta de atendimento humanizado;</p>

Fonte: Elaborado pela autora. 2020.

A implementação de políticas públicas, mesmo aquelas contempladas em campanha, não necessariamente suprem os pontos considerados como prioridades para a população ou percebidos por aqueles que utilizam os serviços. Para que o trabalho feito pela Administração seja notado, é necessário que os gestores estejam a par dos pontos considerados como essenciais pela população local. Isto posto, é possível identificar a falta de um meio de comunicação da gestão vigente com os cidadãos.

Cabe, nesse sentido, elucidar que o estudo buscou fazer uma discussão sobre os dados a partir da teoria da fragmentação, embora constitua uma explicação plausível, não constitui a única explicação para a descontinuidade e a baixa implementação. Buscar corroborar essa hipótese não implica a rejeição de considerar outras possíveis hipóteses relacionadas ao teor das formulações, desde as concepções das políticas / ações até à forma de implantação destas pela nova gestão.

A fim de simplificar as principais ideias e conceitos aqui discutidos, segue um quadro sinóptico.

Quadro 6 Quadro sinóptico

	Ações	Propósito	Características da implementação	Resultado
Políticas de saúde	Hospital dia	Reduzir a dependência do Estado e conseqüente redução da fila de espera para procedimentos de baixa e médica complexidade	Uso de recursos próprios e contratação de empresa terceirizada. Não houve resistência.	Hospital em funcionamento cumprindo com o propósito estabelecido.
Políticas de saúde	E.S.F cidade nova	Testar o conceito do médico da família.	Contratação e instalação de uma médica da família em uma UBS. OS atendimentos não necessitavam de agendamento. Não houve resistências.	Médica deixou o cargo e a vaga não foi reposta.
Gestão	Farmácia central	Aumentar o controle do estoque de medicamento e reduzir a estrutura nas UBS.	Retirada das farmácias das UBS e locação de um imóvel central para concentrar o serviço de distribuição de medicamentos. Usuários resistentes, mas sem opção.	Redução de gastos com medicamentos e maior otimização da distribuição.
Gestão	Ponto eletrônico nas UBS	Aumentar o controle de presença dos contratados, atender a determinação do ministério Público.	Resistencia por parte dos médicos. Alguns médicos se recusaram a utilizar.	Redução de gastos com horas extras desnecessárias, redução de pagamentos de prêmios, médicos desmotivados que afirmaram atender menos pacientes com o ponto eletrônico.
Gestão	Prontuário Eletrônico na UBS 2	Aumento do controle e da otimização do cuidado ao paciente. Acompanhamento do histórico e criação de dados para a gestão.	Estruturada com treinamento e acompanhamento a todos usuários do sistema. Sem resistência.	Facilidade no acesso aos dados dos pacientes pelos funcionários das UBS e pelos gestores na secretaria de saúde.

Gestão	Troca de laboratório	Redução de custos e melhoria do sistema de coleta de amostras e prazos de resultados.	Comunicação pontual entre secretaria de saúde as enfermeiras responsáveis por cada UBS	Redução de custos e melhoria da logística de coleta de amostras e entrega dos resultados.
Gestão	Protocolos médicos	Redução de custos com exames excessivos.	Comunicação não padronizada entre secretaria de saúde e enfermeiras responsáveis pelas UBS. Resistência dos médicos.	Redução do número de exames realizados. Redução dos custos.
Gestão	Consórcio intermunicipal	Gerar eficiência nos processos de contratação de serviços comuns a 3 municípios.	Um dos municípios não quis dar continuidade.	Não implementado.
Pessoas	Enfermeira auditora para resultados	Aproveitar as habilidades de uma boa enfermeira já contratada para fazer parte do trabalho administrativos de "ponte" entre secretaria de saúde as UBSs.	Não houve resistência, porém, não houve uma apresentação formal entre a profissional e as responsáveis por cada UBS.	Enfermeira deixou o cargo e a posição não foi resposta.
Pessoas	Uniformes e crachás	Melhorar a padronização e identificação dos profissionais das UBS perante os seus usuários.	Apenas alguns profissionais de alguns cargos receberam.	Alguns dos que receberam utilizam e outros não. População não percebe essa ação.
Institucional	TV nas UBS	Utilizar televisores já existentes nas UBS para transmitir conteúdo educativo e institucional para os usuários das UBS.	Apenas utilizaram as TV já existentes nas UBS.	População não percebe como útil o conteúdo que passa na TV pois reconhece que apenas propaganda da prefeitura.

Fonte: Elaborado pela autora.

7 CONCLUSÕES

Para além do objetivo geral deste estudo, entender como as políticas públicas municipais de saúde são implementadas à luz das perspectivas dos atores envolvidos no processo, sobretudo gestores, funcionários e usuários, buscou-se ainda os seguintes objetivos específicos:

- a. Identificar as ações da área da saúde que foram tomadas no início da nova gestão (2017-2020) no município de Itu (São Paulo);
- b. Evidenciar os propósitos vinculados às ações prioritizadas;
- c. Apreender de que maneira foram implementadas as ações e políticas públicas;
- d. Analisar de que modo os atores do sistema de saúde (usuários, funcionários e gestores) percebem as ações de saúde no município de Itu.

O foco do presente estudo deu-se na maneira pela qual ocorreu a implementação de políticas e ações da área da saúde e os resultados produzidos. Para atingir esse objetivo, foi necessário desenvolver um trabalho empírico em que os atores envolvidos fossem ouvidos para responder à pergunta de pesquisa: “Como foram implementadas e percebidas as ações e/ou políticas municipais de saúde no município de Itu no período de 2017-2019?”. Foi de extrema importância delimitar espacial e temporalmente a pesquisa. Por intermédio dos fundamentos teóricos dos estudos sobre Políticas Públicas e seu diálogo com outros campos da Administração, Gestão e Políticas Públicas de Saúde, o estudo analisou os dados coletados articulando-os à luz das ações intergovernamentais relacionadas às políticas locais de saúde.

Uma teoria da fragmentação de políticas públicas lida basicamente com a categoria integração. Sua principal definição é que a fragmentação é o resultado de um processo descoordenado, inconsistente e incoerente de formulação ou implementação de políticas, programas ou projetos ou ações. A fragmentação pode ser atribuída à falta de coerência, consistência e coordenação.

A teoria da fragmentação de políticas foi útil para elaborar explicações modestas e restritas dentro do nível de generalização utilizando narrativas dos sujeitos envolvidos e formulando proposições baseadas no diálogo, nas observações empíricas e construções dedutivas a partir da teoria. Também comporta explicações de sobre falhas estruturais decorrentes de problemas de cooperação, sedimentação de posições de poder de arranjos entre diferentes atores.

Outro ponto de análise da pesquisa foi a compreensão dos fatores que favorecem a continuidade e descontinuidade de políticas públicas no governo municipal. No setor público o fenômeno relevante que tem o poder de interromper uma implementação em curso a mudança de gestores a cada troca de prefeito. A literatura aponta que a descontinuidade administrativa decorre da

troca de políticos e gestores em níveis de direção pela interrupção de projetos, obras e ações, também na reversão de prioridades e metas. Tais descontinuidades geram perda de conhecimento (memória institucional), reversão de avanços, descrença da população, desmotivação dos envolvidos e, certamente, desperdício de recursos públicos investidos. Contudo, mesmo em casos de descontinuidade política (mudança de gestores), a continuidade administrativa se mostra muito mais presente do que se poderia supor (NOGUEIRA, 2006, p. 15).

O fato é que se deve evitar fazer a associação entre continuidade como algo bom e descontinuidade como algo ruim. A continuidade pela continuidade não só não garante a diminuição de riscos e ocorrências indesejáveis como pode até ser prejudicial conduzindo à acomodação ou à paralisação.

Outra dimensão relacionada ao fenômeno da descontinuidade administrativa é a questão da estrutura organizacional que se desdobra tanto na dicotomia entre flexibilidade e rigidez frente as mudanças no ambiente. (NOGUEIRA, 2006, p. 15). Ainda que a descontinuidade seja entendida como fenômeno indesejado pela alternância de poderes essa mesma alternância se coloca como preferência, e por isso, está no cerne do jogo democrático.

A literatura evidencia que, ao mesmo tempo, a cultura organizacional pode se ver ameaçada pela descontinuidade, mas pode também ser fortalecida assegurando o mínimo de continuidade administrativa, apesar das sucessivas mudanças de cargos e prioridades ocorridas no alto escalão. Portanto, uma iniciativa pública diminuirá os riscos de descontinuidade administrativa quando se combinarem ações intencionais de promoção da continuidade, boa gestão, atenção a questões políticas e a tentativa de interferir no ambiente em que a política se insere, com atuação preferencialmente organizada em coalizões. (NOGUEIRA, 2006, p. 114).

Em suma, o desenvolveu as seguintes as concepções:

- a) A teoria da fragmentação de políticas públicas se aplica também às ações ou programas na área de saúde municipal, considerando que ações fazem parte de uma política.
- b) A administração pública do setor da saúde, por vezes, pode ser desenvolvida por políticos que não são técnicos do setor. Essa prática pode contribuir para a formulação de políticas que não vão ao encontro das necessidades do usuário do sistema.

- c) O processo de implantação de políticas públicas municipais da área da saúde, nem sempre, acontece conforme esperado.
- d) A combinação de vários problemas de operacionalização explica a permanente insatisfação tanto dos profissionais de saúde quanto dos usuários mediante o planejamento e qualidade do serviço prestado.
- e) O estudo evidenciou que o sucesso ou fracasso de uma ação / política depende do comprometimento e das habilidades dos atores envolvidos na sua implementação.
- f) Sobressai que há uma real e agravada desinformação dos gestores, aliada catastroficamente à má comunicação dentro de um mesmo setor ou instituição contribuem para o fracasso de algumas ações implementadas.

Apesar dos problemas de operacionalização do SUS, o contexto atual de gestão pública caracteriza-se por uma sociedade civil cada vez mais organizada:

- a) Administração pública constantemente fiscalizada e avaliada pelos órgãos de controle, como o Ministério Público, Tribunais de Contas, Controladorias e Defensorias Públicas;
- b) Modificações resultantes da pressão das mídias e dos movimentos sociais;
- c) Reivindicação dos cidadãos pelos seus direitos.

Espera-se que essa pesquisa contribua para os estudos de administração pública, para o desenvolvimento de iniciativas que valorizem o profissional da atenção primária e inspire o compromisso social de gestores municipais aprimorando o vínculo entre os profissionais de saúde e usuários de UBS. Enquanto campo de produção de conhecimento, o estudo também visa contribuir com a universidade, pois essa instituição também pode incentivar os governos locais a serem mais comprometidos com uma gestão de qualidade e com os serviços de saúde local. Mediante a descentralização do SUS, os governos municipais adquiram maior liberdade e autonomia para suas tomadas de decisões financeiras e administrativas. Assim sendo, as prefeituras podem dar início, manter e interromper contratos com setores privados da saúde que prestam algum tipo de serviço de saúde; pois que a eficácia na gestão das políticas de saúde passa pela democratização do processo decisório entre gestores e provedores de serviço

fortalecendo órgãos participativos que envolvem os cidadãos no debate sobre implementação de ações e políticas no setor de saúde.

Se as políticas públicas forem definidas como princípios norteadores de ação do poder público com regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, o processo de formulação e implementação de políticas deveria ser visto como processo estratégico e participativo que envolve a participação de agentes governamentais, de atores não governamentais e da população beneficiária. Contudo, como avaliar a eficácia e a eficiência dos resultados de determinada política pública? Como relacioná-los ao desempenho da gestão municipal? Qual a real capacidade dos atores envolvidos de influenciar o processo decisório e avaliativo? Certamente, o presente estudo não esgota o potencial de análise do tema, pois administração pública é um processo contínuo no qual práticas e atitudes são constantemente avaliadas e modificadas na expectativa de que a estrutura e os processos atendam de forma eficiente as necessidades da população.

8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, L. A. G. O município na política brasileira: revisitando coronelismo, enxada e voto. In: CINTRA, A. O.; AVELAR, L. (Orgs.). **Sistema político brasileiro: uma introdução**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Konrad-Adenauer-Stiftung; São Paulo: Ed. UNESP, 2007. Cap. 3, p. 243-259.

APPUGLIESE, M. M. E. **Capacitação dos Servidores visando eficácia dos Serviços Públicos: um Estudo de Caso do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo – Campus Cubatão (IFSP)**. 2010. 33 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização (Ciências Sociais Aplicadas) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/40407>>. Acesso em: 06 out. 2020.

ARAKAWA, A. M. et al. **Percepção dos usuários do SUS: expectativa e satisfação do atendimento na Estratégia de Saúde da Família**. Revista CEFAC, São Paulo, v.14, n.6, p. 1108-1114, out./dez. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462012000600012&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 01.06.2020

ARRETCHE, M. **Mitos da Descentralização: Mais democracia e eficiência nas políticas públicas?** Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, ANPOCS, v.11, n. 31, jun. 1996. Disponível em: <http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_31/rbcs31_03.htm>. Acesso em: 01 jun. 2018.

_____. **Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas**. In: BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. C. B. (Orgs.). Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo: IEE/PUC-S; Cenpec, 2001. p. 44-55.

_____. **Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia**. *Ciência e Saúde Coletiva* (Impresso), Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 331-345, 2003.

BARBOSA, L. **Igualdade e Meritocracia: A ética do desempenho nas sociedades modernas** / Livia Barbosa – 4ª ed. – Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003.

BARDACH, E. **The implementation game: What happens after a bill becomes a law**. Pp. vii, 323. Cambridge, MA: The MIT Press, 1977. Disponível em:

<<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/000271627843900136>>. Acesso em: 01.06.2020

BARRETO, J.L.; GUIMARÃES, M.C.L. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, p. 1207-1220, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000600014&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 01.06.2020

BERGUE, S. T. **Gestão de Pessoas em organizações Públicas**. 2. ed. Caxias do Sul: EDUCS, 2007. 432 p.

BERWICK, D. M.; NOLAN, T. W.; WHITTINGTON, J. **The triple aim**: care, health, and cost. *HEALTH AFFAIRS*, v. 27, n. 3, p. 759–769, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18474969> >. Acesso em: 15 jun. 2017.

BISOGNANO, M.; KENNEY, C. **Pursuing the Triple Aim**. Seven Innovators Show the Way to Better Care, Better Health, and Lower Costs. Institute for Healthcare Improvement, San Francisco: Jossey-Bass, 2012. Disponível em: <<http://www.ihl.org/resources/Pages/Publications/PursuingtheTripleAimSevenInnovatorsShowtheWay.aspx> >. Acesso em: 01.06.2019

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975. **Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde**. Revogada pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6229.htm>. Acesso em: 10 maio. 2018.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: <https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_12.07.2016/art_37_.asp>. Acesso em: 06 out. 2020.

_____. Congresso Nacional. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. *Diário Oficial da União*: seção X, Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 10 maio. 2018.

_____. Congresso Nacional. 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.** Diário Oficial da União: seção X, Brasília, DF. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm>. Acesso em: 10 maio. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União. Brasília, DF. Seção I, p. 88-93. 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Série E. Legislação em Saúde. Brasília – DF, 2012.

_____. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. Orçamento Cidadão. Projeto de Lei Orçamentária Anual 2019 Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br/assuntos/orcamento1/orcamentosanuais/2019/ploa/orcamento-cidadao.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2020.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** 3. ed. Rio de Janeiro: Cortez, 2006, p. 88-110. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf>. Acesso em: 01.06.2019

CAMÕES, M.R.S.; PANTOJA, M.J., BERGUE, S.T.(Orgs). Gestão de Pessoas: bases teóricas e experiências no setor público. Escola Nacional de Administração Pública (ENAP). 2010. Disponível em: <<https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/514>>. Acesso em: 11 dez. 2020

CAMPELLI, M. G. R. **O financiamento do Sistema Único de Saúde e o cumprimento da emenda constitucional nº29.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/101995/224585.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

_____.; CALVO, M. C. M. **O cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 no Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, v. 23, n. 7, p. 1613-1623, 2007. Disponível em:

<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000700012>.

Acesso em: 10 ago. 2017.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. **Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família.** *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-368, jan. 2008. Disponível em:

<<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6636>>. Acesso em: 02 out. 2020.

CANÊO, P. K.; RONDINA, J. M. **Prontuário eletrônico do paciente:** conhecendo as experiências de sua implantação. *Journal of Health Informatics*, v. 6, n. 2, 2014. Disponível em: <<http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/289>>. Acesso em: 01 jun. 2020

CARPANEZ, L. R.; MALIK, A. M. **O efeito da municipalização no sistema hospitalar brasileiro:** Os hospitais de pequeno porte. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2019.

<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/o-efeito-da-municipalizacao-no-sistema-hospitalar-brasileiro-os-hospitais-de-pequeno-porte/17293>>. Acesso em: 02 out. 2020.

CARVALHO, G. **Apontamentos sobre o PLOA 2011 do Ministério da Saúde.** Campinas: IDISA, 2011. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/apontamentos-sobre-o-ploa-2011-do-ministerio-da-saude-por-gilson-carvalho/>>. Acesso em: 01 jun. 2020

CASTRO, et al. Sistema Único de Saúde do Brasil: os primeiros 30 anos e perspectivas para o futuro. *Política de Saúde*. V. 394. 10195. p.345-356. 27 11 de julho de 2019. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)31243-7/fulltext#seccesstitle120](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31243-7/fulltext#seccesstitle120)>. Acesso em: 03 nov. 2020.

CECÍLIO, L. C. O. **Modelos tecno-assistenciais em saúde:** da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-z>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

_____. et al. **O agir leigo e o cuidado em saúde:** a produção de mapas de cuidado. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p.1502-1514, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n7/0102-311X-csp-30-7-1502.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

_____. REIS, A. A. C. **Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n8/1678-4464-csp-34-08-e00056917.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

CHIAVENATO, I. *Administração de Recursos Humanos: Fundamentos Básicos*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

DATASUS. *Prontuário Eletrônico chega a 57 milhões de brasileiros*. Departamento de informática do SUS. 2020 Disponível em: <<http://datasus1.saude.gov.br/noticias/atualizacoes/1073-prontuario-eletronico-chega-a-57-milhoes-de-brasileiros>>. Acesso em: 10 dez. 2020

_____. *SIOPS: Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde*. Disponível em: <<http://datasus1.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/financeiros/siops>>. Acesso em: 10 dez. 2020

_____. *SIOPS: Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde. Indicadores Municipais*. Disponível em: <<http://siopsasp.datasus.gov.br/CGI/tabcgi.exe?SIOPS/serhist/municipio/indicSP.def>>. Acesso em: 10 dez. 2020

DI PIETRO, M. S. Z. **Direito Administrativo**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

DIAS, R.; MATOS, F. **Políticas públicas: princípios, propósitos e processos**. São Paulo: Atlas, 2012, p. 1-15.

DYE, T. R. **Understanding public policy**. Prentice Hall, 1995.

EISNSENHARDT, K. M. **Building Theories from Case Study Research**. *Academy of Management Review*. v. 14, n. 4, p. 532-550, 1989. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/258557?seq=1#metadata_info_tab_contents>. Acesso em: 10 jun. 2018

FARAH, M. F. S. **Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas no nível local de governo**. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p.119-144, 2001. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/6364/4949>>. Acesso em: 10 maio. 2018.

FILIPPON, J et al. A "**liberalização**" do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra: trajetória e riscos para o direito à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, 2016.

_____. **20 experiências de gestão pública e cidadania**. FGV EAESP - GVceapg - Livros, 2001. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/15743>>. Acesso em: 02 out. 2018.

_____. **Administração Pública e Política Pública**. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 813-836, 2001. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7016>>. Acesso em: 01 jun. 2019

_____. **Disseminação de políticas públicas e programas governamentais no nível subnacional de governo**. *Revista Administração em Diálogo*, v. 10, p. 69-89, 2001. Disponível em: <https://pesquisa-eaespg.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/arquivos/farah_disseminacao_de_politicas_publicas_e_programas.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2020

_____. **Análise de políticas públicas no Brasil: de uma prática não nomeada à institucionalização do 'campo de públicas'**. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 50, n. 6, p. 959-979, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-76122016000600959&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 01 jun. 2020

FARIA, C. A. P. **Ideias, conhecimento e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes**. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 21-30, fev. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010269092003000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 set. 2020.

_____. et al. **Implementação de políticas públicas: teoria e prática**. Minas Gerais: Editora PUC Minas, 2012.

FERRAREZI, E.; OLIVEIRA, M. S. **Conferências Nacionais de Saúde e processos participativos na administração pública federal brasileira**. ENAP, 2010.

FERREIRA FILHO, G. R. et al. **Limitações e Contradições nas Alternativas de Apoio Financeiro aos Municípios:** Um Estudo de Caso no Município de Itaipé em Minas Gerais. In: IV Encontro de Administração Pública e Governança da ANPAD, Vitória (ES), 2010.

OSÓRIO, C. M. S.; SOAR FILHO, E. O médico: sua identidade e suas transformações. In: CATALDO NETO, A.; GAUER, G. J.; FURTADO, N. R. (Orgs.). **Psiquiatria para estudantes de medicina.** Porto Alegre: EDPUCRS, 2003, p. 109-115.

FLEURY, S. **Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida:** o SUS na seguridade social e o pacto pela saúde. *Saúde em Debate*, v. 30, n. 73-74, p. 321-330, 2006.

FREY, K. **Políticas públicas:** um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. Planejamento e políticas públicas (IPEA), Brasília, n. 21, p. 211-259, 2009.

FUNCIA, F. R. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. *Ciência e Saúde Coletiva*. v.24, n.12, Rio de Janeiro. 2017.

FUKS, M. **Definição de agenda, debate público e problemas sociais:** uma perspectiva argumentativa da dinâmica do conflito social. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, n. 49, p. 79-94, 2000. Disponível em: <<http://www.anpocs.com/index.php/edicoes-antiores/bib-49/510-definicao-de-agenda-debate-publico-e-problemas-socais-uma-perspectiva-argumentativa-da-dinamica-do-conflito-social/file>>. Acesso em: 01 jun. 2017.

GALEA, S.; ANNAS, G. J. **Aspirations and strategies for public health.** *JAMA*, v. 315, n. 7, p. 655-656, 2016. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2486470>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

GAWANDE, A. **Being mortal:** medicine and what matters in the end. New York: Metropolitan Books, Henry Holt and Company, 2015.

GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. **Discovery of grounded theory:** Strategies for qualitative research. New York: Routledge, 2017.

HILL, M. Implementação: uma visão geral. In: FERRAREZI, E.; SARAVIA, E. (Orgs.). **Políticas Públicas.** Brasília: ENAP, 2006, p. 61-90. Disponível em: <<https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/1260>>. Acesso em: 01 jun. 2020

HILL, M.; HUPE, P. L. **Implementing Public Policy: an Introduction to the Study of Operational Govern.** 2. ed. Sage Publications, 2009.

HOWLETT, M.; PERL, A.; RAMESH, M. **Política pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integral.** São Paulo: Campus. Elsevier, 2013.

ITU. LEI Nº 678, DE 10 DE OUTUBRO DE 2005. Dispõe sobre a estrutura administrativa da administração direta e indireta da prefeitura da estância turística de itu e dá outras providências. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/sp/i/itu/lei-ordinaria/2005/67/678/lei-ordinaria-n-678-2005-dispoe-sobre-a-estrutura-administrativa-da-administracao-direta-e-indireta-da-prefeitura-da-estancia-turistica-de-itu-e-da-outras-providencias>>. Acesso em: 01 maio. 2020.

KERSTENETZKY, C. L. **Políticas Sociais: focalização ou universalização?** *Revista de Economia Política*, São Paulo, vol. 26, n. 4, p. 564-574, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010131572006000400006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 maio. 2018.

LIMA, A. P. G. **Os consórcios intermunicipais de saúde e o Sistema Único de Saúde.** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, p. 985-996, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2000000400017&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 01 set. 2020

LIPSKY, M. **Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services.** New York: Russell Sage Foundation, 1980. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/003232928001000113>>. Acesso em: 01 jun. 2020

LOBATO, L. V. C; FLEURY, S. (Orgs). **Seguridade social, cidadania e saúde.** Rio de Janeiro: CEBES, 2009. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/Livro_Seguridade.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2020

LOPES, L. F. D. et al. **O direito à saúde e sua (não) efetivação pelas políticas públicas de atenção primária à saúde: uma análise da aplicação do método PCATOOL.** *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*, v. 8, n. 4, p. 469-483, 2019.

LOTTA, G. S. **Implementação de políticas públicas: o impacto dos fatores relacionais e organizacionais sobre a atuação dos burocratas de nível de rua no Programa Saúde da**

Família. Dissertação (Doutorado em Ciência Política) – Departamento de Ciência Política, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 2010.

Disponível em:

<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8131/tde20102010120342/publico/2010_GabrielaSpangheroLotta.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2020

_____. O papel das burocracias do nível da rua na implementação de políticas públicas: entre o controle e a discricionariedade. In: FARIA, C. A (Org). **Implementação de políticas públicas: teoria e prática**. Belo Horizonte: Editora PUCMINAS, 2012, p. 20-49.

_____. Desvendando o papel dos burocratas de nível de rua no processo de implementação: o caso dos agentes comunitários de saúde. In: FARIA, C. A. P. (Org.). **Implementação de políticas públicas: teoria e prática**. 1 ed. Belo Horizonte: PUC MG, 2012, v.1, p. 221-259.

_____. **Agentes de implementação: uma forma de análise de políticas públicas**. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*. v. 19, p. 188-208, 2014. Disponível em:

<<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cgpc/article/view/10870/40890>>. Acesso em: 01 jun. 2020

_____. **Burocracia, redes sociais e interação: uma análise da implementação de políticas públicas**. *Revista de Sociologia e Política*, v. 26, p. 145-173, 2018. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/pdf/rsocp/v26n66/0104-4478-rsocp-26-66-0145.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2020.

LUCCHESI, P. **Informação para tomadores de decisão em saúde pública**. Políticas

Públicas em Saúde Pública. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004. Disponível em:

<http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese_Politicass_publicas.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2017.

MACOLMES, I. C. B. **Monitoramento e avaliação de políticas públicas de saúde no município de Eldorado do Sul**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão Pública Municipal). Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, 2012, p. 1-63. Disponível em:

<<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/71828>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. Série Saúde & Cidadania. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo,

v. 3, 1998. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Qualidade_na_gestao_local_de_servicos_e_acoes_de_saude/496>. Acesso em: 10 jun. 2017.

MALIK, A.M. O efeito da municipalização no sistema hospitalar brasileiro: Os hospitais de pequeno porte. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2019. Disponível em:

<<https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/28388>>. Acesso em: 10 set. 2019.

MARCONI, N. Políticas integradas de recursos humanos para o setor público. Biblioteca Virtual TOP sobre Gestión Pública. 1999. Disponível em:

<<https://biblioteca.isced.ac.mz/handle/123456789/471>>. Acesso em: 12 dez. 2020.

MARQUES, E. **Government, political actors and governance in urban policies in Brazil and São Paulo: concepts for a future research agenda**. *Brazilian Political Science Review*, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 8-35, 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-38212013000300001&script=sci_arttext.>.

Acesso em: 01 jun. 2020.

MARRAS, J. P. *Administração de Recursos Humanos: do operacional ao estratégico*. 3. ed. São Paulo: Futura, 2000.

MARTINS, H.F. **Uma teoria da fragmentação de políticas públicas: desenvolvimento e aplicação na análise de três casos de políticas de gestão pública**. Tese (Doutorado em Administração). Escola Brasileira de administração Pública e de Empresas. FGV. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/3264>>. Acesso em: 10 out. 2020.

MAYORGA, P.; FRAGA, F.; BRUM, C. K.; CASTRO, E. F. Assistência farmacêutica no SUS: quando se efetivará? In: MISOCZKY, M. C.; BORDIN, R. (Orgs.). **Gestão local em saúde: práticas e reflexões**. Porto Alegre: Dacasa Editora; 2004. p. 197-215.

MCGREGOR, A. J. et al. **Do elections matter for private-sector healthcare management in Brazil? An analysis of municipal health policy**. *BMC health services research*, v. 17, n. 1, p. 483-496, 2017. Disponível em:

<<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2427-5>>. Acesso em: 01 set. 2019.

MEIRELLES, H. L. **Direito administrativo brasileiro**. 25 ed, por Eurico de Andrade Azevedo, Délcio Balestero Aleixo e José Emmanuel Bulre Filho. São Paulo: Malheiros, 2000.

_____. **Direito Municipal Brasileiro**. 13 ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2003.

_____. **Direito administrativo brasileiro**. 29 ed, por Eurico Azevedo et al. São Paulo: Malheiros, 2004.

MELO, M. A. Estado, governo e políticas públicas. In: MICELI, S. (Org.). **O que Ler na Ciência Social Brasileira (1970-1995):** Ciência Política. São Paulo/Brasília: Sumaré/Capes, 1999, p. 59-100.

MELLO, C.M.C.; Cavalcanti, J.A.A. Autonomia médica quanto ao cumprimento da carga horária no SUS em Recife: um contraponto às normas institucionais. 2003. Disponível em: <<https://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2003mello-cm.pdf> >. Acesso em: 10 jun. 2017.

MELLO, G.S. et al. O uso do prontuário eletrônico por enfermeiros em Unidades Básicas de Saúde brasileiras. *Journal of health informatics*. 4.1. 2012. Disponível em: < <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/146> >. Acesso em: 10 set. 2020.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENICUCCI, T. **Perspectivas teóricas e metodológicas na análise de políticas públicas:** usos e abordagens no Brasil. *Revista Política Hoje*, Recife, v. 27, n. 1, p. 42-55, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/politica hoje/article/view/239108>>. Acesso em: 01.jun.2020.

MOHN, P. F. **Autonomia municipal, centralização e liberdade**. *Revista de informação legislativa*, v. 43, n. 171, p. 199-209, 2006. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/93280>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

MOIMAZ, S. A. S. et al. **Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p.1419-1440, 2010.

Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312010000400019&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 jun. 2017.

MOTA, L. F. **Estudos de implementação de políticas públicas:** uma revisão de literatura. *Sociologia, Problemas e Práticas*, Lisboa, n. 92, p. 133-150, 2020. Disponível em: <<https://journals.openedition.org/spp/7161>>. Acesso em: 01 jun. 2020

NOGUEIRA, F.A. Continuidade e Descontinuidade Administrativa em Governos Locais: Fatores que sustentam a ação pública ao longo dos anos. 2006. Dissertação. (Mestrado em Administração Pública e Governo) - FGV - Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2006. Disponível em: <https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/FGV_ed45271f562e9aca4070d31a01be72c6>. Acesso em: 10 dez. 2020

NUNES, E. D. **Sobre a história da saúde pública:** ideias e autores. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 251-264, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000200004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 01 jun. 2020

OCDE. **Improving Policy Coherence and Integration for Sustainable Development: A Checklist.** Policy Brief, October, 2002.

ORSZAG, P. R. **The overuse, underuse, and misuse of health care.** Washington, DC: Congressional Budget Office, 2008.

PEREIRA, B.L.S.; OLIVEIRA JUNIOR, A.C.R.; FALEIROS, D.R. Portaria 3992/2017: desafios e avanços para gestão dos recursos no Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 53, p. 58, 2019.

PINTO, E.G. **Erosão orçamentário-financeira dos direitos sociais na Constituição de 1988.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4473-4478, Dez, 2019.

PINTO, I. C. M., TEIXEIRA, C. F. **Formulação da política de gestão do trabalho e educação na saúde:** o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1777-1788, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n9/11.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

PIOLA S. F. et al. Vinte anos da Constituição de 1988: o que significaram para a saúde da população brasileira? In: IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada / Diretoria de Estudos e Políticas Sociais. **Políticas sociais acompanhamento e análise.** Vinte anos da Constituição Federal. Brasília, 2009, n. 17, v. 1, cap. 3, p. 97-172. Disponível em:

<http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/bps_completo_1.pdf>. Acesso em: 30 out. 2016.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. Porto Alegre: Bookman Editora, 2007. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/OC/article/view/1352>>. Acesso em: 01.06.2020.

PORTO, V. Contexto da Gestão de Pessoas no Setor Público. 2019. Disponível em: <https://www.clp.org.br/contexto-gestao-de-pessoas-no-setor-publico-gpsp/>. Acesso em: 12 dez. 2020.

PRESSMAN, J. L. & WILDAVSKY, A. **Implementation**. 3 ed. Berkeley: University of California, 1984.

REIS, E. P.; MOURA, A. D. M. **Política e políticas públicas na transição democrática**. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 3, n. 9, p. 90-104, 1989. Disponível em: <http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_09/rbcs09_02.htm>. Acesso em: 10 jun. 2017.

ROBBINS, S.P. Comportamento Organizacional. 11. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2009.

ROCHA, H. S. **Juventude e políticas públicas: formação de agenda, elaboração de alternativas e embates no Governo Lula**. Dissertação (Mestrado em Administração Pública e Governo). Escola de Administração de Empresas de São Paulo. Fundação Getúlio Vargas, 2012. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/9502>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

SABATIER, P. A. Policy change over a decade or more. In: _____ (Org.). **Policy change and learning: An advocacy coalition approach**. Westview Press, 1993, p. 33. Disponível em: <<https://exeter.rl.talis.com/items/8AE0B767-CBBB-FC03-F5FF-0DD912A6C875.html>>. Acesso em: 01.09.2019.

SANTOS, L. SUS e a Lei Complementar 141 comentada. Ed. Saberes. Campinas, 2012.

SCHIMITH, M. D. et al. **Colonialismo nas relações entre trabalhadores e usuários durante as práticas de cuidado: implicações para a integralidade da atenção**. Escola Anna Nery, v. 17, n. 4, p. 788-795, 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000400788&script=sci_abstract&tlng=pt.>. Acesso em: 01.06.2020.

SECCHI, L. **Políticas Públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. São Paulo: Cengage Learning, 2011. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/5342/534256499013.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

SILVA, A. C. et al. **Redes de atenção à saúde**: percepção de usuários de uma unidade de saúde da família. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 7, n. 1, p. 100-110, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/25209>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

SIMAN, A. M. **Políticas Públicas**: a implementação como objeto de reflexão teórica e como desafio prático. Tese (Doutorado em Ciência Política). Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Belo Horizonte, 2005.

SOUZA, C. **Políticas públicas**: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

_____. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. cap. 2, p. 65-86.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, UNESCO: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Atencao_primaria__equilibrio_entre_necessidade_de_saude__servicos_e_tecnologia/291>. Acesso em: 10 jun. 2017.

SUCHMAN, E. A. Principles and Practice of Evaluative Research. In: DOBY, J. T. **An Introduction to Social Research**. New York: Appleton-Century-Crofts, 1967, p. 327-351.

TANAKA, O. Y.; OLIVEIRA, V. E. **Reforma(s) e estruturação do sistema de saúde britânico**: lições para o SUS. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.16, n. 1, p.7-17, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/02.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

TEIXEIRA, C. et al. **Planejamento & gestão de sistemas e serviços de saúde**. Informação para Tomadores de Decisão em Saúde Pública. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

Disponível em: < http://files.bvs.br/upload/M/2004/Teixeira_Planejamento_gestao.pdf>.

Acesso em: 10 jun. 2017.

TEIXEIRA, T. L. Motivação no funcionalismo público: desafios, causas e consequências.

2018. Disponível em:

<<http://dspace.nead.ufsj.edu.br/trabalhospublicos/handle/123456789/228>>. Acesso em: 10 dez. 2020.

UGÁ, M.A.D.; LÓPEZ, E. M. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva* 12. 2007. 915-928 Disponível em:

<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232007000400013&script=sci_abstract&tlng=pt.>. Acesso em 01 jun. 2020.

VAN STRALEN, C. J. et al. **Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica:** comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, suppl. 1, p. 148-158. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2008001300019&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 jun. 2017.

VECINA NETO, G. A evolução da assistência à saúde no mundo e no Brasil até o SUS. In: _____. VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 3-14. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/csp/v28n9/v28n9a21.pdf> >. Acesso em: 01.06.2020.

_____.; _____. **Gestão em saúde**. In: MALIK, A. M. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 383. Disponível em:

<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2012000900021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.>. Acesso em: 01.06.2020.

_____.; _____. **Tendências na gestão da saúde**. *GV EXECUTIVO*, v. 16, n. 4, p. 12-16, set. 2017. Disponível em: <<https://rae.fgv.br/gv-executivo/vol16-num4-2017/tendencias-na-gestao-saude>>. Acesso em: 01 jun. 2020

VIANA, A. L. **Financiamento da saúde:** impasses ainda não resolvidos. *Trabalho, educação e saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 599-612, 2008. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462008000300011&lng=e

n&nrm=iso>. Acesso em: 08 set. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462008000300011>.

WINTER, S. C. Implementation. In: PETERS, B. G.; PIERRE, J. **Handbook of public policy**. Sage Publications, 2006.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**. Bookman editora, 2015. Disponível em:<https://saudeglobaldotorg1.files.wordpress.com/2014/02/yinmetodologia_da_pesquisa_e_studo_d_e_caso_yin.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2017.

KRAVETZ, F. P. **Meritocracia no Serviço Público Estadual da Saúde no Paraná**. 2020. Disponível em:<<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:rI0997QNcusJ:www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do%3Faction%3Dd%26uuiid%3D%40gtf-escriba-seap%401d8659af-8bfc-4f37-9480-2071d8998adc+&cd=4&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em 14/10/2019.

ANEXO 1 AUTORIZAÇÃO DA PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE ITU (PETI)



PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE ITU
Secretaria Municipal de Saúde

CONTRATO DE VOLUNTARIADO

CONTRATANTE: MUNICÍPIO DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE ITU, pessoa jurídica de direito público inscrita no CNPJ no. 46.634.440/0001-00, com sede na Avenida Itu 400 anos, s/ número, Bairro Itu Novo Centro – Itu – SP, CEP 13.303-500, neste ato representado pela Secretaria de Saúde.

VOLUNTÁRIO: REBECA DE RENE GRAF, brasileira, casada, bióloga e administradora, inscrita no CPF/MF sob nº 304.660.398.32, portadora do documento de identidade RG nº. 43.965.497-X, residente e domiciliado na Alameda Platão, nº. 150, Itu/SP, daqui por diante denominado simplesmente VOLUNTÁRIO.

As partes acima qualificadas celebram entre si, na melhor forma de direito, e com fundamento na Lei nº 1020, de 15 de dezembro de 2008, o presente instrumento particular de CONTRATO DE VOLUNTARIADO, que se regerá pelas cláusulas abaixo estipuladas:

CLAUSULA 1ª – O VOLUNTÁRIO é aceito pela Secretaria Municipal de Saúde para realizar trabalho voluntário de pesquisadora visitando ponto de atendimento de saúde e apresentando suas percepções, propondo conteúdos para a realização de programa de comunicação e educação da população; assessorando técnicos do setor na elaboração de conteúdos e de treinamentos para agentes comunitários de saúde, com vistas a sua atuação como educadores da população no que diz respeito a procura adequada por estabelecimentos assistenciais.

CLAUSULA 2ª – O VOLUNTÁRIO se compromete a prestar serviços descritos na cláusula 1ª, nos seguintes dias e horários:

- dias da semana: todas as quintas feiras, no horário das 09:00 às 17:00 horas com uma hora de almoço.

Parágrafo único: O VOLUNTÁRIO obriga-se a cumprir os horários por ela próprio fixado nesta cláusula para prestação de serviços na Secretaria Municipal de Saúde.

CLAUSULA 3ª – A Secretaria Municipal de Saúde compromete-se a:

- Assegurar ao VOLUNTÁRIO as condições necessárias para o desenvolvimento das atividades a ele confiadas;
- Avisar ao VOLUNTÁRIO, caso venha a dispensar temporária ou definitivamente seus serviços, por qualquer motivo.

CLAUSULA 4ª – O VOLUNTÁRIO prestará os serviços de que trata a cláusula 1ª, de forma totalmente gratuita, por ser livre e espontânea vontade, a título de colaboração com a Secretaria de Saúde, na consecução de suas finalidades institucionais.

CLAUSULA 5ª – O presente contrato é firmado até o dia 06/10/2018.

CLAUSULA 6ª – O VOLUNTÁRIO poderá a qualquer momento de vigência deste contrato, mudar os dias e horários de seus serviços voluntários prestados na Secretaria de Saúde, desde que comunique por escrito, e com antecedência mínima de 07 (sete) dias.



PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE ITU
Secretaria Municipal de Saúde

CLAUSULA 7ª – O presente contrato não gera e não gerará qualquer vínculo de relacionamento trabalhista e previdenciário entre as partes, em consonância com o disposto no parágrafo único do artigo 1º da Lei 9.608/98.

CLAUSULA 8ª – Em vista da natureza não econômica e gratuita do presente instrumento contratual, e havendo a rescisão do mesmo por iniciativa de qualquer uma das partes, o **VOLUNTÁRIO** não terá direito a remuneração, compensação ou indenização de qualquer tipo.

CLAUSULA 9ª – O presente contrato poderá ser rescindido a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer uma das partes.

CLAUSULA 10ª – A rescisão do instrumento contratual não importará em qualquer ônus ou encargo financeiro para qualquer uma das partes.

CLAUSULA 11ª – O **VOLUNTÁRIO** declara para os devidos fins de direito que cumprirá e respeitará todas as normas que regem as atividades da Prefeitura Municipal da Estância Turística de Itu.

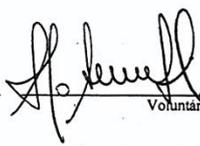
CLAUSULA 12ª – A critério da Secretaria de Saúde poderão ser concedidos ao **VOLUNTÁRIO** os seguintes benefícios:

- a) Materiais necessários para a realização das atividades, de acordo com disponibilidade de orçamento da Secretaria.

CLAUSULA 13ª – Fica eleito o foro da comarca de Itu para dirimir eventuais dúvidas ou litígios decorrentes do presente contrato.

E, por estarem justos e contratados, firmam o presente instrumento particular de **CONTRATO DE VOLUNTARIADO**, em duas vias de igual teor para o mesmo fim, acompanhado das duas testemunhas abaixo assinadas que a tudo assistiram.

Itu, 06 de abril de 2017.

		
Município da Estância Turística de Itu Prefeito Municipal	Secretaria de Saúde	Voluntário
TESTEMUNHA : _____	RG - _____	
TESTEMUNHA : _____	RG - _____	

ANEXO 2 ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS DAS UBS

UBS Nº	
1. Nome do usuário:	16. Você sabe se no posto, os funcionários têm que bater ponto?
2. Idade:	17. Os médicos pedem exames em todas as consultas? Caso sim, com que frequência?
3. Até que série estudou?	<input type="radio"/> Sim
4. Quanto em média é a sua renda familiar?	<input type="radio"/> Não
<input type="radio"/> Menos de 1 salário mínimo	18. Quais exames já foram solicitados?
<input type="radio"/> Entre 1 e 3 salários mínimos	19. Que exames eles mais pedem?
<input type="radio"/> Entre 3 e 5 salários mínimos	20. Quanto tempo leva para agendar os exames?
<input type="radio"/> Mais de 5 salários mínimos	21. Você conhece os funcionários desse posto por nome?
5. O que te trouxe para essa UBS?	<input type="radio"/> Sim
<input type="radio"/> Agendar uma consulta	<input type="radio"/> Não
<input type="radio"/> Passar por uma consulta	22. Eles usam crachás?
<input type="radio"/> Tentar um encaixe	<input type="radio"/> Sim
<input type="radio"/> Fazer um exame	<input type="radio"/> Não
<input type="radio"/> Grupo	<input type="radio"/> Nunca reparei
6. Quando você vai à uma UBS e quando vai ao PAM?	23. Funcionários trabalham uniformizados?
7. O que você gosta nessa UBS?	<input type="radio"/> Sim
8. O que você não gosta nessa UBS?	<input type="radio"/> Não
9. Você já notou se há televisão nessa UBS?	<input type="radio"/> Nunca reparei
<input type="radio"/> Sim	24. Você já foi atendido pela médica da família? (UBS 2)
<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim
10. Se houver, o que costuma passar?	<input type="radio"/> Não
11. Você acha importante o que passa na televisão?	<input type="radio"/> Não sei o que é
<input type="radio"/> Sim	25. Se sim, você gostou? (UBS2)
<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim
Por que?	<input type="radio"/> Não
12. Você já esteve na farmácia central?	26. Se sim, por que gostou? (UBS2)
<input type="radio"/> Sim	27. O que você sabe que já foi feito na área da saúde pelo novo prefeito?
<input type="radio"/> Não	28. Você considera essa gestão positiva, negativa ou não sabe de nada que foi feito?
Da Marginal ou do Pirapitingui?	<input type="radio"/> Positiva
13. Você prefere a farmácia central hoje ou antigamente no posto?	<input type="radio"/> Negativa
<input type="radio"/> Hoje	<input type="radio"/> Não sei a respeito
<input type="radio"/> Antigamente	29. Há algo sobre a saúde em Ituí que você percebeu estar mudando e gostaria de comentar sobre?
Por que?	30. Você já esteve no Hospital Municipal (Novo) de Ituí ? Se sim, o que achou?
14. Os médicos costumam atender no horário marcado? Se não, quanto tempo de atraso?	
<input type="radio"/> Sim	
<input type="radio"/> Não	
15. Você sabe se eles têm que cumprir algum horário?	

ANEXO 3 ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA FUNCIONÁRIOS DAS UBS

1. UBS nº:	17. Esse consórcio está funcionando?
2. Data: ____/____/____	<input type="radio"/> Sim
3. Horário:	<input type="radio"/> Não
4. Cargo:	<input type="radio"/> Não sei
5. Tempo que trabalha nessa unidade:	18. Existe relógio ponto aqui no posto?
6. Tempo que trabalha na Prefeitura:	<input type="radio"/> Sim
7. Idade:	<input type="radio"/> Não
8. Tem televisão nessa UBS?	19. Caso sim, ele está funcionando?
<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Sim
<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não
9. Caso sim, a televisão está em funcionamento?	20. Todas as pessoas o usam? Por quê? -----
<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Sim
<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não
10. Se estiver em funcionamento, qual é o conteúdo passado?	21. Para você, o ponto eletrônico fez algo bom ou ruim? Por quê? -----
11. Qual é a sua opinião sobre os televisores aqui	<input type="radio"/> Bom
12. Existe farmácia para distribuição de medicamentos nesse posto?	<input type="radio"/> Ruim
<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não fez diferença
<input type="radio"/> Não	22. Os prontuários dessa unidade ainda são emitidos em papel ou eletronicamente?
13. Se não houver, para você a Farmácia Central fez coisa boa ou ruim? Por quê? -----	<input type="radio"/> Papel
<input type="radio"/> Boa	<input type="radio"/> Eletronicamente
<input type="radio"/> Ruim	23. Se for em papel, você sabe se vai se tornar eletrônico?
14. Você acredita que para os pacientes a Farmácia fez algo bom ou ruim? Por quê? -----	<input type="radio"/> Sim
<input type="radio"/> Bom	<input type="radio"/> Não
<input type="radio"/> Ruim	<input type="radio"/> Não sei
15. Você já ouviu falar sobre um <u>consórcio</u> entre os municípios de Itu, Salto e Porto Feliz que seria feito	24. Para você, é melhor que seja em papel ou eletrônico? Por quê? -----
<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Papel
<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Eletrônico
16. Se sim, para que serviria esse consórcio?	25. Se já for eletrônico, como foi a implantação do sistema?

26. Existe alguma enfermeira da Prefeitura que os periodicamente para verificar como está o funcion do posto?

Sim – Nome:

Não

27. Se sim, essa pessoa ajuda vocês em alguma coisa atrapalha?

Ajuda

Atrapalha

Não faz diferença

28. Se sim, essa pessoa já conseguiu atender alguma solicitação deste posto?

Sim – Qual:

Não

29. Você trabalha com crachá todos os dias?

Sim

Não

Às vezes

30. Seus colegas trabalham de crachá todos os dias?

Sim

Não

Às vezes

31. Na geral, para vocês é melhor trabalhar identificados? Por quê? -----

Sim

Não

32. Você recebeu uniforme para trabalhar?

Sim

Não

33. Alguém fiscaliza se vocês estão devidamente uniformizados e identificados?

Sim

Não

34. Você já ouviu falar sobre o Hospital Municipal que será inaugurado?

Sim

Não

35. Você sabe o que será realizado nesse hospital?

Sim

Não

36. Você acha que será bom para o município ter um hospital próprio? Por quê? -----

Sim

Não

37. Os médicos deste posto podem pedir todos e qualquer exames aos pacientes?

Sim

Não

Não sei

38. Existe algum protocolo de regras que devam seguir para solicitar exames?

Sim

Não

Não sei

39. Os médicos respeitam esses protocolos?

Sim

Não

40. Em sua opinião, é importante que haja protocolos para que os médicos não possam pedir todos os exames ou você acha que isso atrapalha o funcionamento do posto?

41. Como foi que a Prefeitura impactou esses protocolos?

42. Houve mudança no laboratório que faz os exames da unidade?

Sim

Não

43. Ao seu ver, essa mudança foi positiva ou negativa? Por quê? -----

Sim

Não

44. Você sabe se Itu tem E. S. F?

Sim

Não

Não sei a que é

45. Você conhece alguma ação parecida com a E. S. F realizada em alguma UBS?

Sim

Não

Não sei a que é

46. UBS 2 - Como foi a implementação da E. S. F com a contratação da médica da família?

47. UBS 2 - Os demais médicos foram favoráveis a esse programa? Por quê? -----

Sim

Não

48. UBS 2 - A médica da família trouxe algum ganho para UBS e para os pacientes? Caso sim, quais?

Sim

Não

49. Quais ações na área da saúde você tem conhecimento que foram implementadas no novo governo?

50. Quais delas tiveram um impacto positivo em seu trabalho e na saúde da população?

51. Quais delas tiveram um impacto negativo em seu trabalho e na saúde da população?

52. De forma geral, como você avalia a nova gestão?

ANEXO 4 FORMULÁRIO DO PESQUISADOR

1. UBS nº:
2. Dia: ___ / ___ / ___
3. Dia da semana:
 - Segunda-feira
 - Terça-feira
 - Quarta-feira
 - Quinta-feira
 - Sexta-feira
 - Sábado
 - Domingo
4. Horário de chegada:
5. Horário de saída:
6. Ao chegar, quantas pessoas em espera?
7. Há televisão instalada?
 - Sim
 - Não
8. Há televisão funcionando?
 - Sim
 - Não
14. Os funcionários estão de uniforme?
 - Sim
 - Não
 - Somente alguns
15. Os funcionários estão de crachá?
 - Sim
 - Não
 - Somente alguns
16. O ponto eletrônico de funcionários está funcionando?
 - Sim
 - Não
17. Onde se localiza o ponto eletrônico dos funcionários? --
18. Há computador na recepção?
 - Sim
 - Não
19. No horário visitado, quantos funcionários na unidade?
20. No horário visitado, quantos médicos havia na unidade?
9. O banheiro está funcionando?
 - Sim
 - Não
 - Não todos
10. Há água para os pacientes?
 - Sim
 - Não
11. Há copo descartável para os pacientes?
 - Sim
 - Não
12. Há papel higiênico nos banheiros?
 - Sim
 - Não
 - Não em todos
13. Há papel toalha nos banheiros?
 - Sim
 - Não
 - Não em todos

ANEXO 5 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Implantação de políticas de saúde locais no município de Itu – SP.

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você tem o perfil adequado e necessário para participar da pesquisa e está sendo convidado (a) a participar do estudo sobre a satisfação e percepção do usuário e funcionários da atenção básica de saúde Itu – SP, como voluntário. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é identificar como a prefeitura implanta políticas públicas visando a melhoria da saúde e satisfação dos usuários e caso você participe, será necessário apenas responder um questionário previamente montado sobre a sua opinião a respeito de alguns pontos da Rede de atenção básica. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro. Sua identidade não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número e/ou letra. Ao término da pesquisa será informado (a) dos resultados.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Itu,/...../.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de Identidade

Telefone para contato

Pesquisador responsável (Rebeca Graf)

New York: Russell Sage Foundation (1980).

ANEXO 6 MAPA DAS UBS

