

# PROCESSO DECISÓRIO NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA: UMA VISÃO SOBRE A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS/SC

Lucas Mello Pioner<sup>1</sup>

## RESUMO

A formulação de políticas públicas em saúde implica tomada de decisões sobre políticas, regulamentações, atividades e serviços prestados. Este trabalho investigou o fluxograma decisório no âmbito da Estratégia de Saúde da Família de uma cidade do Sul do Brasil. Procurou-se enfatizar a participação dos coordenadores de Unidades Básicas de Saúde (UBS), conselheiros municipais de saúde e profissionais que atuam diretamente na prestação de serviços neste complexo processo. Entrevistas com essas diferentes categorias, além de consulta a documentos oficiais e àqueles disponibilizados pelo município na internet compuseram o material de estudo. Observou-se coerência no discurso dos entrevistados, que indicaram possuir espaço no processo decisório por meio de reuniões com as regionais de saúde, além de certa autonomia no desenvolvimento do processo de trabalho. Contudo, a participação pareceu ser predominantemente sob o enfoque operacional das ações em saúde. O fluxograma descrito não foi coerente com o apresentado pelo gestor central, que indicava uma interação entre profissionais de saúde e o Conselho Municipal de Saúde.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde. Conselhos de saúde. Gestão em saúde.

## 1 INTRODUÇÃO

As ações e serviços de atenção à saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidas em um conjunto de estabelecimentos (unidades e serviços de saúde), organizados em rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada. O SUS orienta-se pela formação de subsistemas municipais, voltados ao atendimento universal, integral e equânime da população, princípios norteadores das políticas de saúde após a Constituição de 1988 (BRASIL, 1990).

A diretriz de descentralização é uma variável bastante complexa e estabelece diferentes graus de responsabilidade. Tem papel significativo no sentido de que o município

---

<sup>1</sup> Médico Sanitarista. Especialista em Gestão em Saúde. Especialista em Medicina de Família e Comunidade. Especialista em Medicina do Trabalho. Mestrando junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – lucaspioner@yahoo.com.br

deve assumir a gestão da saúde e atuar com maior agilidade para provocar as devidas transformações e decisões administrativas pertinentes à sua realidade local (BRASIL, 2009a).

O cargo de gestão dessas políticas e programas é, portanto, incumbido de função essencialmente pública, pois se trata da efetiva responsabilidade do Estado pela saúde dos indivíduos e das coletividades. O processo de formulação de políticas públicas implica a tomada de decisões acerca de quais políticas serão implantadas e suas respectivas regulamentações, bem como de que forma se darão as atividades e os serviços prestados. Não é um processo simples ou rápido, e tem por objetivo orientar e direcionar os investimentos em melhorias sociais, para que produzam um enfretamento sustentável dos problemas que afligem grande parte da população.

De acordo com Chiavenato (2001), os processos decisórios são caracterizados por análises e escolhas, entre as alternativas disponíveis no curso de ação, e envolvem critérios, conhecimentos, princípios e valores utilizados pelo tomador de decisão.

Quanto ao setor saúde, cabe salientar que há uma expansão de instâncias decisórias no SUS, cada uma com suas devidas atribuições regulamentadas (BRASIL, 1990; BRASIL, 2009b). Mas, embora a própria legislação da saúde estabeleça as competências de cada instituição envolvida, a forma como ocorrem as relações e o jogo de poder entre esses diferentes atores influencia diretamente as políticas públicas de saúde de cada contexto específico.

No que diz respeito ao papel da sociedade neste processo, foram criadas instâncias colegiadas no SUS, com objetivo de descentralizar a gestão das políticas públicas e oficializar uma de suas diretrizes: a participação popular. Estes canais efetivos de participação da sociedade civil são regulamentados pela Lei 8.142/90 que institui os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde como instâncias colegiadas em cada esfera de governo (BRASIL, 1990; BRASIL, 2009b).

Entretanto, um dos grandes desafios encontrados ao longo de todo este processo de descentralização e mudanças é realmente conseguir materializar as conquistas estabelecidas no plano legal.

As características intrínsecas do cuidado em saúde, os princípios organizacionais do SUS, as necessidades substanciais de saúde da população e a tradicional carência de recursos para o setor, em um mesmo contexto, tornam complexa a gestão desse Sistema, quer para o atendimento dos anseios de cada indivíduo, quer para o seu funcionamento racional.

No ano de 1994 foi assinado um convênio para a implantação de 28 equipes de saúde da família no Estado de Santa Catarina. A capital, Florianópolis, mostra particularidades nesse sentido, com atraso relativo em comparação a outros municípios de porte semelhante. A cidade iniciaria o programa apenas em 1996, quando surgiriam as primeiras equipes (CONILL, 2002).

Com a descentralização da gestão dos serviços de saúde, torna-se imperativo o estabelecimento de instrumentos gerenciais e técnico-científicos que viabilizem e norteiem todo o processo de tomada de decisão.

Partindo do pressuposto de que a gestão participativa, que permite o envolvimento de todos os atores sociais envolvidos no Sistema de Saúde, pode ser mais efetiva e politicamente coerente com a proposta do SUS, esta pesquisa tem como objetivo investigar como se dá o processo de tomada de decisão em âmbito municipal, no contexto específico de Florianópolis/SC.

## **2 METODOLOGIA**

Procedeu-se, inicialmente, a busca por informações quanto à gestão municipal do SUS. Os dados foram coletados na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis/SC, através de entrevista com gestor de nível central e de informações disponibilizadas no sítio da instituição na internet.

Entretantes, os dados utilizados para análise são fruto de diferentes investigações multiprofissionais sobre o mesmo tema. Os profissionais entrevistados foram, além do gestor de nível central, coordenadores de Unidades Básicas de Saúde (UBS), conselheiros municipais de saúde e profissionais da atenção básica envolvidos diretamente com o trabalho na ESF.

Os fluxogramas organizacionais foram obtidos a fim de melhor caracterizar as relações entre os diferentes setores administrativos da SMS. O município de Florianópolis é administrativamente dividido em cinco regionais de saúde com áreas de abrangência definidas (BASTOS; KAWASE, 2007).

Após um contato prévio para agendamento, os sujeitos foram entrevistados nos próprios locais de trabalho. Um questionário semi-estruturado foi utilizado e as entrevistas

foram inicialmente gravadas e posteriormente transcritas pelo pesquisador. Em seguida, procedeu-se à análise de conteúdo das respostas obtidas, segundo o método de Bardin (1977).

As questões solicitavam informações quanto ao fluxo administrativo entre as UBS e as esferas administrativas superiores; quanto à correspondência entre a oferta de ações programáticas pela SMS e as demandas da comunidade; quanto à efetividade destas ações; quanto ao fluxo das decisões a respeito das ações estratégicas e dos processos de trabalho; e finalmente, como cada ator avaliava sua participação na formulação de políticas públicas para o Município.

## 2.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os participantes da pesquisa foram devidamente esclarecidos a respeito dos objetivos do estudo e orientados, em caso de interesse em participar das entrevistas, a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi expedido em duas vias de igual teor, sendo a primeira via cedida ao participante e a segunda via arquivada pelo pesquisador.

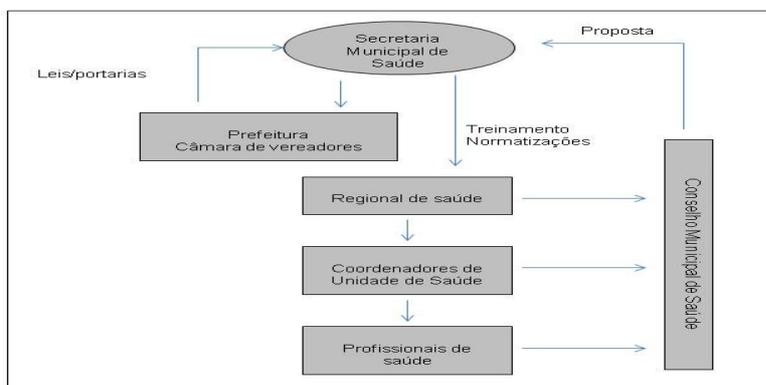
Foram garantidas a preservação do sigilo e a confidencialidade das informações, bem como a voluntariedade das participações e a possibilidade de deixar o estudo a qualquer momento, sem necessidade de justificativa.

Percebe-se, portanto, que este estudo atende aos aspectos contidos na Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), que dispõe sobre a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, bem como suas complementares, motivo pelo qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o protocolo nº 0105.0.242.000-09.

## 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis possui um organograma institucional relativamente complexo, com três assessorias, três gerências relacionadas ao secretário adjunto, e dez diretorias, com a maioria incluindo gerências específicas de atuações distintas. Apresentamos, a seguir, um fluxograma básico elaborado a partir da entrevista com o gestor de nível central da SMS.

Como observado por Kantorski et al (2006), num Sistema de Saúde de um município do Rio Grande do Sul, a subdivisão da gestão em diretorias, coordenações e gerências retrata a complexidade das demandas municipais e a tentativa de que respondam a especificidades de organização e aproximação com a realidade do território adstrito, ver figura 1.



**Figura 1** – Fluxograma de decisões descrito pelo gestor central para o planejamento da política de saúde de Florianópolis no âmbito da Estratégia Saúde da Família.

Neste fluxograma, pôde-se verificar que o Conselho Municipal de Saúde (CMS) tem o papel de receber as demandas das regionais de saúde, coordenadores de unidades de saúde, e dos demais profissionais, a fim de elaborar propostas para serem levadas à Secretaria de Saúde. Esta, por sua vez, apresenta as solicitações aos poderes Legislativo e Executivo municipais para a consolidação ou não das propostas por meio de leis e portarias. Em seguida, as informações seguem um fluxo hierarquicamente descendente até alcançar os profissionais “da ponta”, nas UBS. Este fluxograma simples certamente não abrange todas as possibilidades de formulação das políticas de saúde, entendida aqui como

A resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. (PAIM; TEIXEIRA, 2006, p. 74).

Contudo, é uma das formas levadas a cabo pelo Município de Florianópolis, e pela similaridade com os demais fluxogramas apresentados pelo gestor, a utilizaremos para as análises subsequentes.

Quando questionados sobre o fluxo decisório que ocorre para que as UBS funcionem, verificou-se que os seus coordenadores reportam-se, em primeira instância, às regionais de saúde e aos setores específicos quando de uma solicitação (material, insumos, manutenção, etc).

Não houve nenhuma menção à participação do CMS por parte dos entrevistados. Tal constatação afronta o fluxograma apresentado na figura 1, bem como os demais fluxogramas apresentados rotineiramente por gestores, nos quais este órgão colegiado parece atuar no papel de mediador entre regionais, unidades e profissionais de saúde em relação à proposição de políticas. Ao invés disso, os coordenadores de unidades relataram dirigir-se diretamente às regionais de saúde, num caminho alternativo ao fluxo unidirecional entre as regionais e os profissionais de saúde.

O Município de Florianópolis conta hoje com uma variedade de ações estratégicas em saúde, a saber: Capital Criança, Capital Idoso, Saúde da Mulher, Saúde Mental, Prevenção do Câncer e Controle do Tabagismo, Rede de Atenção às Vítimas de Violência e Saúde Bucal (BASTOS; KAWASE, 2007).

Para investigar se as políticas municipais de saúde são coerentes com as demandas das UBS, perguntou-se aos coordenadores se as ações estratégicas e programas definidos pela SMS e pelo Ministério da Saúde correspondiam às necessidades da comunidade.

Embora os entrevistados tenham demonstrado haver tal coerência, foram também capazes de perceber que há profundas discrepâncias entre as realidades das diferentes unidades de saúde. Tal fato pode ser explicado pela simples compreensão de que o fazer saúde pública implica tomadas de decisões eminentemente políticas. A relação entre a demanda e os serviços prestados é, portanto, fruto das relações de poder que se estabelecem entre os diversos sujeitos e instituições envolvidos nesse processo (VIANA et al, 2006; ALMEIDA; BÁSCOLO, 2006).

Finalmente, quando instigados a comentar sobre sua participação na formulação de políticas públicas no âmbito da ESF, e especialmente, para sua comunidade, ficou claro na fala desses profissionais que a participação dos mesmos se limita às questões técnicas e de operacionalização dos serviços, como, por exemplo, quando da definição de protocolos de condutas e procedimentos.

Ainda que esse tipo de contribuição seja extremamente louvável (uma vez que as conseqüências efetivas destas medidas serão usufruídas diretamente pela comunidade

atendida), limitar-se às questões técnicas significa deixar de contribuir de maneira mais decisiva na proposição de ações e políticas de saúde em nível local.

Alguns esforços têm focado a capacitação de gestores e profissionais de saúde, conforme uma diversidade de documentos educativos e programas de capacitação elaborados principalmente pelo Ministério da Saúde, mas também por Estados e Municípios (BRASIL, 2009b; TEIXEIRA, 2004). Contudo, pouco ou nada é comentado a respeito da participação dos profissionais da saúde no processo decisório, com exceção do espaço que lhes é legalmente concedido dentro dos Conselhos de Saúde, nas três esferas governamentais.

As contradições e limitações de participação no processo decisório, apontadas acima pelos coordenadores de UBS, também foram reconhecidas pelos conselheiros de saúde entrevistados.

Os principais entraves citados por essas pessoas estavam relacionados à morosidade para que as decisões tomadas dentro do conselho chegassem, efetivamente, à comunidade. Além, disso, em geral não há sequer consenso dentro da mesa de negociações dos próprios conselhos.

Outro ponto a ser levado em conta, diz respeito ao fato de que os cargos de presidência dos conselhos são exercidos, em geral, por representantes dos órgãos gestores da saúde local. Assim, embora os conselhos sejam compostos por formações paritárias entre os diferentes atores do processo, a posição hegemônica costuma ser aquela das instâncias hierarquicamente superiores na gestão municipal.

E se a possibilidade real de tomar decisões parece estar limitada tanto para coordenadores de UBS, quanto para os conselheiros, é de se supor que o mesmo deva ocorrer com os profissionais da ponta. De fato, foi isso que as entrevistas demonstraram. Embora essa categoria tenha feito uma avaliação positiva da situação municipal como um todo, fizeram também questão de frisar as suas limitações para a tomada de decisão, por estarem sempre subordinados à posição oficial dos gestores.

#### **4 CONCLUSÃO**

Tanto uma gestão altamente centralizadora, quanto uma autonomia irresponsável, que não respeita os princípios e diretrizes da Atenção Básica, podem acabar por descaracterizar o

modelo assistencial proposto pela SUS, e por conseqüência, gerar falhas importantes na atenção à saúde da comunidade.

Portanto, no contexto do modelo assistencial proposto pelo SUS e pela ESF, a gerência dos serviços de saúde deve ser tomada como um instrumento que pode possibilitar o compartilhar de poder no interior das unidades e equipes de saúde e, neste sentido, poderá se constituir em uma ferramenta importante na efetivação de políticas públicas para o setor (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007).

Sendo assim, os profissionais de saúde precisam lutar pelo efetivo cumprimento de seu direito à participação política nos processos de tomada de decisão. Ademais, é necessário que os gestores percebam o valor dos demais atores, ampliando as possibilidades de contribuição e fomentando um processo decisório mais democrático.

## **DECISION-MAKING IN THE CONTEXT OF PUBLIC HEALTH: A POINT O VIEW ABOUT THE FAMILY HEALTH STRATEGY AT FLORIANÓPOLIS CITY/SC**

### **ABSTRACT**

Formulation of public health policies imply in decision-making about policies, regulations and services offered. The aim of the present study was to investigate the decision-making planning in the Family Health Strategy in a southern city from Brazil. Focus was given to Basic Health Units (BHU) coordinators, health trustees and health professionals participation in this process. For the analysis, interviews were performed with these different categories. Besides that, official reports and content of internet provided by the government were consulted. There was agreement among the answers. They reported participation in the decision-making process throughout meeting with regional health coordinators from the city. Besides that, they reported autonomy in the BHU management. The decision-making planning was not similar between manager's and health professional's points of view. The first one pointed out the participation of Municipal Health Council, which was not mentioned by BHU coordinators at any time.

**Keywords:** Primary health care. Health councils. Health management.

### **REFERÊNCIAS**

ALMEIDA, C.; BÁSCOLO, E. Use of research results in policy decision-making, fomulation, and implementation: a review of the literature. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 1, p. S7-S33, 2006.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Persona, 1977.

BASTOS, M. J.; KAWASE, P. R. **Plano municipal de saúde 2007 – 2010**. Florianópolis: Secretaria Municipal da Saúde, 2007.

BRASIL. **Leis orgânicas da saúde, n. 8.080/90 e n. 8.142/90.** Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Resolução CNS nº 196/1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Reflexões aos novos gestores municipais em saúde.** Brasília: CONASEMS, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política nacional de educação permanente em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

CHIAVENATO, I. **Teoria geral da administração.** 6. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. S191-S202, 2002.

KANTORSKI, L. P. ET al. A integralidade da atenção à saúde na perspectiva da gestão no município. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 434-441, 2006.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. esp., p. 73-78, 2006.

TEIXEIRA, C. **Planejamento e gestão de sistemas e serviços de saúde.** São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 443-453, 2007.

VIANA, A. L. D. et al. Pesquisa para a tomada de decisão: um estudo de caso no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, [supl. 1], p. S57-S67, 2006.

Submetido em: 18/05/2012

Aceito para publicação em: 07/12/2012