



ESTADUAL DA PARAÍBA

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA – EAD  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

**ÉRICA CAVALCANTE SUASSUNA**

**UMA ANÁLISE DA GESTÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE  
PÚBLICA**

**Campina Grande – PB  
2012**

**ÉRICA CAVALCANTE SUASSUNA**

**UMA ANÁLISE DA GESTÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA**

Monografia apresentada à Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) como pré-requisito para a obtenção de Certificado de Conclusão de Curso de Pós-graduação Lato Sensu, na área de Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Noalda Ramalho

**Campina Grande– PB  
2012**

FICHA CATALOGRAFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

S939a Suassuna, Érica Cavalcante.  
Uma análise da gestão nos serviços de saúde pública  
[manuscrito] / Érica Cavalcante Suassuna. – 2012.  
38 f.

Monografia (Especialização em Gestão em Saúde) –  
Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-  
Graduação, CIPE, 2012.

“Orientação: Profa. Dra. Maria Noalda Ramalho,  
Departamento de Educação”.

1. Saúde pública. 2. Sistema Único de Saúde – SUS. 3.  
Recursos humanos. 4. Gestão pública. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

## UMA ANÁLISE DA GESTÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Monografia apresentada à Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) como pré-requisito para a obtenção de Certificado de Conclusão de Curso de Pós-graduação Lato Sensu, na área de Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Noalda Ramalho

Aprovada em: 29 de agosto de 2012

### Banca Examinadora

Maria Noalda Ramalho

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Noalda Ramalho  
Orientadora

Thaísa Simplicio Carneiro

Prof<sup>a</sup> MS Thaísa Simplicio Carneiro  
Examinadora

Alcilene da Costa Andrade

Prof<sup>a</sup> MS Alcilene da Costa Andrade  
Examinadora

## **DEDICATÓRIA**

### **A Deus,**

“Razão da minha vida e tudo o que sou”.

### **Aos meus pais,**

“Que são exemplo de amor e ternura”.

### **Ao meu esposo Carlos Rafael,**

“Pelo amor, incentivo e apoio em toda minha vida profissional sem qualquer aversão”.

### **Ao meu filho Pedro Henrique,**

“Com o meu amor incondicional e incentivo para a sua vida”.

### **Aos meus amigos,**

“Pessoas queridas e especiais, além de essenciais para conseguir seguir em frente sempre”.

“Obrigada por fazerem parte da minha vida”

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, ao meu Grandioso Senhor Deus, pela força e coragem durante toda esta longa caminhada, pois, por muitas vezes, as dificuldades me fizeram querer desistir e Ele não permitiu.

Agradeço com intensidade à minha professora/orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Noalda Ramalho, que disponibilizou tempo e dedicação ao meu trabalho, além de me dar estímulo a não abandoná-lo quando tão próximo da minha conclusão.

Agradeço aos meus amados pais (Elmano Suassuna Barreto e Ivani de Sá Cavalcante Suassuna), aos meus irmãos (Ellana e Elmano Júnior- Que falta vocês me fazem!!! E à pequena Mariana), ao meu esposo (Carlos Rafael de Jesus Daniel - pela paciência, pelo incentivo, pela força e principalmente pelo carinho. Valeu a pena toda distância, todo sofrimento, todas as renúncias... Valeu a pena esperar...) e ao meu precioso filho (Pedro Henrique - Meu melhor e maior presente...).

Não poderia esquecer, também, de agradecer pelo empenho e confiança de Paulina Maia, por todas as oportunidades lançadas, pela perseverança, luta e vontade de fornecer o melhor ao próximo sempre. Esta vitória também é sua, pois em seus atos, gestos e palavras me inspiro enquanto mulher e profissional que és!!!

Agradeço ainda às Professoras Mestres Thaísa Simplício Carneiro e Alcilene da Costa Andrade por terem aceitado ao convite para comporem a Banca Examinadora deste trabalho.

"E cobremos do poder público mais eficiência na gestão, transparência e controle do dinheiro público... SUS é consolidação do pacto social."

(TROTТА & CARVALHO)

## RESUMO

O presente trabalho trata de uma revisão literária com o objetivo de apresentar uma análise da gestão nos serviços de saúde pública, a fim de verificar os movimentos da gestão atual. Tomando como ponto de partida as reflexões sobre o histórico, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, apresentamos uma concepção de gestão enquanto prática político-institucional onde será destacada a sua condução, o seu planejamento, gerenciamento e a sua organização no controle das ações e serviços. Sabemos que a gestão dos serviços de saúde inclui a responsabilidade de garantir o acesso à saúde de qualidade com integralidade. Esse tema vem sendo abordado desde a criação do SUS implantado em nosso país, por meio de suas relevantes instâncias, bem como por seu financiamento. Portanto, enfatizamos aqui o poder do planejar e do gerenciar de forma qualificada na busca da garantia com responsabilidade ao acesso para o usuário à saúde pelo SUS. O presente trabalho está estruturado em quatro capítulos. Após a introdução, com a discussão inicial da temática trabalhada, visualizamos no capítulo 2 a história do SUS no Brasil, as suas instâncias de participação popular e o seu financiamento. No capítulo 3 apresentamos o planejamento e o gerenciamento dos serviços de saúde, e, por fim, no capítulo 4 enfatizamos uma reflexão sobre a gestão de qualidade na área da saúde e a proposta contemporânea para a gestão da saúde. Nas considerações finais, dentre outros achados da pesquisa bibliográfica apontamos que sem o enfrentamento dos problemas relacionados à gestão de recursos humanos no SUS, não haverá a organização/reorganização do mesmo; além da necessidade de elaboração de planos locais para a saúde, os quais constituem um requisito importante e crucial para o desenvolvimento dos diversos territórios.

**PALAVRAS-CHAVE:** 1. Gestão 2. Saúde Pública. 3. Qualidade 4. SUS 5. Usuário



## ABSTRACT

This paper is a literature review with the aim of presenting an analysis of the tasks of management in public health services in order to check the movements of current management. Taking as starting point for reflections on the history, principles and guidelines of the Unified Health System (SUS) in Brazil, we present a design management as a practice where political and institutional will highlight your drive, your planning, management and organization in control of actions and services. We know that the management of health services includes the responsibility to ensure access to quality healthcare with integrity. This subject has been approached since the creation of SUS implanted in our country, through its relevant bodies, as well as its financing. Therefore, we emphasize here the power to plan and manage it in the search for a qualified guarantee with responsibility for the user to access health care through SUS. This paper is structured in four chapters. After the introduction, with the initial discussion of the theme worked, we see the story in chapter 2 of SUS in Brazil, its instances of popular participation and funding. In chapter 3 we present the design and management of health services, and finally, in chapter 4 emphasize a reflection on the quality management in health and contemporary proposed for the management of health. In the final considerations, among other findings of the literature pointed out that without dealing with problems related to human resource management in the NHS, there is no organization / reorganization of the same, besides the need for developing local health plans, which are an important and crucial requirement for the development of the various territories.

**KEYWORDS:** 1. Management 2. Public Health. 3. Quality 4. SUS 5. User

## LISTA DE SIGLAS

BIREME- Biblioteca Regional de Medicina

CIB- Comissão Intergestora Bipartite

CIT- Comissão Intergestora Tripartite

DATASUS- Departamento de Informação e Informática do SUS

FHC- Fernando Henrique Cardoso

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

NOBs- Normas Operacionais Básicas

SCIELO- Scientific Electronic Library Online

SIAFI- Sistema de Acompanhamento Financeiro

SIDOR- Sistema Integrado de Dados Orçamentários

SUS - Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>09</b>
<b>2 BREVE HISTÓRICO DA CRIAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO SUS NO BRASIL</b>	<b>14</b>
2.1 A GÊNESE DO SUS: O MARCO DEMOCRÁTICO	14
<b>2.2 O SUS: CONQUISTAS E DESAFIOS</b>	<b>16</b>
2.2.1 O SUS e a participação social	17
2.2.2 O Financiamento do SUS	19
<b>3 O PLANEJAMENTO E GERENCIAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE</b>	<b>21</b>
3.1 PLANEJAMENTO EM SAÚDE	21
3.2 O GERENCIAMENTO DA SAÚDE	22
<b>4 ATRIBUIÇÕES DA GESTÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA</b>	<b>26</b>
4.1 A GESTÃO DE QUALIDADE	26
4.2 A PROPOSTA CONTEMPORÂNEA PARA A GESTÃO DA SAÚDE	28
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	
<b>REFERÊNCIAS</b>	

## 1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro que está em vigência, passou por várias modificações nos anos 1970 e, apressando-se a longos passos na extensão dos anos 1980, adquiriu estatuto institucional na Constituição Federal do Brasil, de 5 de outubro de 1988, e regulamentação por meio da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Sendo remodelado, assim, num curso rápido de tempo, resultado de um processo interno de forte densidade política e social (CARVALHO et al, 2010).

Ainda de acordo com os autores supracitados, esse sistema ficou conhecido como o Sistema Único de Saúde (SUS), e é assim denominado por sua formulação ser correspondente à unificação dos vários subsistemas até então existentes, ultrapassando a fragmentação institucional que prevalecia tanto no interior da esfera federal (saúde previdenciária, saúde pública etc.) quanto entre as diferentes esferas governamentais (federal, estadual, municipal), e distinguindo o setor estatal do setor privado.

Segundo Mattos (2009), foram instituídos por princípios e diretrizes do SUS, as seguintes linhas delineadas na Constituição Federal de 1988: universalidade, equidade, integralidade, descentralização, participação da população e a organização da rede de serviços de modo regionalizado e hierarquizado. Tais princípios e diretrizes foram tecidos num processo de luta travada pelo movimento da Reforma Sanitária no fim da década de 70 do século XX. Este movimento produziu uma harmonia em torno de princípios básicos que deveriam nortear a atuação do Estado na saúde, a começar pela afirmação de que a saúde deveria ser considerada como um direito de todos e um dever do Estado, seguindo por uma compreensão estendida da saúde e seus determinantes sociais, assim como a percepção das responsabilidades do Estado para com a saúde.

O SUS foi desenhado baseado na realidade vivenciada pela população atendida por um sistema, idealizado e produzido por erros como também por avanços. Esse modelo de política pública vigente em nosso país vem sendo amplamente avaliado e discutido por outros países devido à oferta das ações dos serviços de saúde ser garantida de forma gratuita à população brasileira,

mesmo contendo problemas para que ocorra a sua execução de forma igualitária.

Garantir qualidade na atenção em saúde tornou-se assunto central da saúde contemporânea. A qualidade dessa atenção pode ser inferior à ideal, oscilando principalmente em decorrência de diferentes condições médicas e locais de atendimento.

A reorientação do sistema de saúde faz com que se busque dotar os serviços públicos de saúde de maior eficácia e resolutividade. Nesse sentido, é urgente repensar a prática desses serviços, buscando superar os fatores que ocasionam seu baixo desempenho.

Normalmente, se atribui esse desempenho à falta de recursos, sejam humanos ou materiais, à baixa qualificação do seu pessoal, deixando de considerar que a existência de recursos, por si só, não garante a qualidade dos serviços. Uma organização, seja ela Secretaria, Hospital ou Centro de Saúde, é unidade social deliberadamente construída para atingir determinados objetivos. Ela resulta de uma combinação de pessoas, recursos e tecnologia para atingir aqueles objetivos. Para isso, ela possui uma maneira padronizada de operar.

Sabemos que nas organizações, tecnologia, tarefas, recursos e administração não podem ser considerados isoladamente, pois são interdependentes, inclusive com o ambiente, ou seja, com a realidade que cerca a organização, sua clientela, outras organizações, interesses e articulações presentes em seu cotidiano.

O reconhecimento de que as organizações são sistemas interdependentes de complexidade crescente, e que a mudança de uma parte de uma organização afeta outras partes, é fundamental para entendermos o que ocorre na organização. Em uma unidade de saúde, por exemplo, as pessoas, tarefas e administração apresentam inter-relações diversas entre si e seu meio, variando sua complexidade em função do tamanho, da tecnologia e dos seus objetivos.

Nesse sentido, é importante privilegiar o usuário e sua participação no destino da organização. Daí a importância da descentralização como um meio de trazer, para junto da população, o poder de decisão sobre os rumos, a

qualidade, a capacidade resolutive da organização que existe para prestar serviços a essa população.

A gestão da qualidade tem sido largamente discutida, e a sua melhoria é um processo contínuo e envolve toda a instituição desde a parte administrativa até a operacional, se constituindo em um sistema de gerenciamento com ampla visão da organização (TREVISO; BRANDÃO; SAITOVITCH; 2009).

Para Backes et al. (2007), as novas demandas gerenciais associadas aos avanços tecnológicos e científicos requerem das instituições, melhorias contínuas para manter a credibilidade, a qualidade e a humanização da assistência, como foco de diferenciação. A busca de novas estratégias gerenciais e da satisfação de novos interesses e prioridades exige, igualmente, práticas inovadoras e integradoras capazes de transformar ideias e desejos em realidade concreta.

Segundo Prioste e Melleiro (2010), as ferramentas de gestão e qualidade são técnicas utilizadas com a finalidade de definir, mensurar, analisar e propor soluções para os problemas que interferem no bom desempenho dos processos de trabalho.

Todos estes esforços e estratégias desenvolvidas para aprimorar o nível da qualidade dos serviços em saúde têm como intenção primordial melhorar a assistência prestada ao paciente. Entretanto, para Berlitz (2010), o nível de qualidade dos serviços prestados e, conseqüentemente, a garantia de qualidade na assistência ao paciente, não têm sido ampliadas em patamares proporcionais aos esforços e recursos empregados.

As ferramentas da qualidade correspondem a instrumentos de aplicação para um contínuo aperfeiçoamento das práticas de gestão e operações das empresas. São divididas em ferramentas básicas e avançadas, e agrupadas em categorias de aplicação, com o intuito de direcionar o uso das ferramentas mais adequadas para cada necessidade.

De acordo com Tague (2005), as categorias de aplicação das ferramentas são: planejamento e implementação de projeto, criação de ideia, análise de processo, coleta e análise de dados, análise de causa, avaliação e tomada de decisão.

O presente estudo procura mostrar o valor da metodologia da gestão e qualidade nos serviços de saúde, e as ferramentas para determinação dos

parâmetros da qualidade gerenciais. Diante do exposto, o trabalho contribui para responder a seguinte questão: Quais são as ferramentas de qualidade mais utilizadas nos serviços de saúde?

Como método para a construção deste trabalho foi utilizada a pesquisa bibliográfica mediante o método descritivo. De acordo com Vergara (2007), pesquisa bibliográfica é o estudo sistematizado desenvolvido com base em material publicado em livros, revistas, jornais, redes eletrônicas, isto é, material acessível ao público em geral.

Para Lakatos e Marconi (2001) os estudos descritivos destinam-se a descrever as características de determinada situação. Os estudos descritivos diferem dos resultados exploratórios no rigor em que são elaborados seus projetos. Neste sentido, Vergara (2003) descreve a pesquisa descritiva como aquela que expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno, podendo ainda estabelecer correlações entre variáveis e definir sua natureza.

A coleta de dados foi realizada nos periódicos nacionais, na bibliografia eletrônica do site da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), no Scientific Electronic Library Online (SCIELO), no site de procura do Google acadêmico. Revistas, livros e Manuais do Ministério da Saúde do Brasil também foram explorados.

Para tanto, no momento da busca por artigos científicos foram utilizados os seguintes descritores "instrumento de qualidade, gestão de serviço saúde, princípios e diretrizes do SUS, modelo de gestão do SUS, reforma política e sanitária". Decorrente dessa busca científica partiu-se para análise do material, seguindo as etapas: leitura exploratória, procedente da necessidade de conhecer melhor o problema, elaborar hipóteses e aprimorar idéias; leitura seletiva, através da qual foram selecionados os artigos pertinentes aos propósitos do artigo.

O presente trabalho está estruturado em quatro capítulos, organizados da seguinte forma: Na introdução trazemos as questões iniciais da discussão da temática trabalhada. No capítulo 2, intitulado "Breve histórico da criação e desenvolvimento do SUS no Brasil", trabalhamos a história do referido Sistema de Saúde em nosso país, as suas instâncias de participação popular e o seu financiamento. No capítulo 3, por título de "Gerenciamento dos serviços de

saúde”, apresentamos a discussão sobre o planejamento e o gerenciamento da saúde. Já no capítulo 4, com o tema “Atribuições da gestão na saúde”, enfatizamos inicialmente uma reflexão sobre a gestão de qualidade na área da saúde e, por fim, a proposta para a gestão da saúde na contemporaneidade.



## 2. BREVE HISTÓRICO DA CRIAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO SUS NO BRASIL

### 2.1 A GÊNESE DO SUS: O MARCO DEMOCRÁTICO

A Constituição Federal, aprovada e promulgada em 5 de outubro de 1988, foi um marco na história da democracia brasileira, principalmente quando em se tratando dos direitos sociais. Com relação à saúde, a mesma assegura em seu artigo 196 que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, artigo 196).

Tais garantias para a saúde se basearam nas deliberações da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1986. Foi no marco democrático da referida Constituição Federal que foi iniciado, na área da saúde, o esboço do organograma institucional do novo modelo de saúde brasileiro, com seus princípios e diretrizes, o denominado SUS, que trouxe a descentralização e a municipalização dos serviços e dos recursos financeiros para a saúde. Segundo Maio e Lima (2009, p.1611),

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido analisada como relevante inovação institucional no campo das políticas sociais, empreendida sob o regime democrático. Na *Constituição Federal*, promulgada em 1988, afirmou-se a importância de promover a saúde como direito fundamental de cidadania, cabendo ao Estado a obrigação de garanti-la a todos os cidadãos. Sob o preceito constitucional “saúde direito de todos e dever do Estado” defendeu-se a assistência médico-sanitária integral e de caráter universal, com acesso igualitário dos usuários aos serviços, sendo estes hierarquizados e a sua gestão descentralizada. Estabeleceu-se que as ações de saúde deveriam estar submetidas a organismos do executivo com representação paritária entre usuários e demais representantes do governo, nas suas diversas instâncias, dos profissionais de saúde e dos prestadores de serviços, incluindo-se os do setor privado. Firmaram-se os princípios norteadores do SUS: universalidade; integralidade; participação e descentralização.

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, teve como função regulamentar nacionalmente as ações e serviços de saúde. A presente legislação ainda define as áreas de atuação, os objetivos e os critérios para a destinação dos recursos do SUS.

Já a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Mesmo tendo sua criação prevista desde a Carta Magna de 1988, é apenas no Governo do Presidente Itamar Franco (1992-1994) que a sua implantação ganhou impulso.

Para Santos (2010), na descentralização alguns incrementos são merecedores de destaque. A partir dela houve a criação dos fundos públicos de saúde, os repasses fundo a fundo, as Comissões Intergestores (tripartite e bipartites) e a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), através da Lei 8.689, de 28/07/1993, unificando então o SUS em cada esfera de governo.

O SUS no âmbito nacional aponta para valores do direito à saúde e do acesso igualitário às ações e serviços de atenção integral, ainda que delimitado no microprocesso de trabalho e na micropolítica. Segundo Campos (2007, p.1872)

Tivemos a preocupação de repensar a concepção sobre saúde e doença e o modo para organizar o cuidado para além do que já fazia parte da tradição dos sistemas nacionais. A gestão com base em necessidades de saúde, a atenção primária, entre outros componentes dessa tradição, todos têm potencial para alterar o modelo de atenção liberal privatista. No entanto, aqui, insistimos também em reinventar a saúde pública e a clínica, incorporando, no cotidiano, conceitos e práticas originárias da saúde coletiva, da promoção, da determinação social, da reforma psiquiátrica, da política de humanização, construindo uma concepção ampliada sobre a saúde e sobre o próprio trabalho sanitário.

O SUS é um sistema de caráter público que tenta garantir assistência de forma integral, porém suas falhas são visíveis, uma vez que as pessoas não têm acesso de forma igualitária, deixando, assim, prevalecer à desigualdade

social. Dessa forma, se faz necessária, a presença de uma gestão participativa em que se consiga realizar a distribuição do acesso e não a centralização de poder e injustiça voltada para a população do nosso país. Assim, fortaleceremos e consolidaremos o SUS, além de conquistar o avanço da Reforma Sanitária brasileira.

## **2.2 O SUS: CONQUISTAS E DESAFIOS**

Para Bravo et. al (2008), o SUS, em conformidade com a Constituição de 1988 e a legislação vigente, é uma estratégia consistente de reforma democrática do Estado. Tem como princípios norteadores, a Universalidade, a Integralidade e a Equidade no acesso aos serviços de saúde; a Hierarquização do Sistema e das ações e serviços de saúde; a Descentralização da Gestão, Ações e Serviços; a Participação da População na definição da política de saúde; o Controle Social da implementação da política de saúde e a Autonomia dos Gestores (gestão única em cada esfera de governo com a utilização de Plano e Fundo de Saúde para a gestão dos recursos orçamentários, financeiros e contábeis).

Em conformidade com Arretche apud Dourado (2011, p.207):

A descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, nos termos do Art. 7º da Lei nº 8.080/90, foi concebida compreendendo a "ênfase na descentralização dos serviços para os municípios", associada à "regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde". Todavia, a opção política do primeiro decênio da implantação do SUS seguiu o movimento que marcou a descentralização das políticas sociais no País na década de 1990, de modo que a municipalização da saúde foi priorizada, enquanto a regionalização foi praticamente desconsiderada.

Continuando em coerência com o supracitado autor, esse processo foi marcado por forte transferência de competências e recursos aos municípios, orientado pelos instrumentos normativos emanados do Ministério da Saúde, como as Normas Operacionais Básicas (NOBs) as quais conduziram os municípios à progressiva gestão de ações e serviços de saúde em seus territórios. O que trouxe avanços para o SUS, relacionados à responsabilização

e à ampliação da capacidade de gestão em saúde dos municípios, destacando-se a firmação dos Conselhos de Saúde nas três esferas de governo, a modificação no financiamento, a criação e consolidação dos colegiados intergovernamentais: Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e o Fundo Municipal de Saúde.

Porém, houve a fragilidade das relações estabelecidas entre Estados e municípios dificultando as definições de responsabilidades e do comando sobre os serviços de saúde quando se iniciaram as propostas para redefinição desse quadro devido as instâncias estaduais terem permanecido desprovidas de incentivos financeiros (Viana et al (2002) apud Dourado (2011)).

Dourado (2011) nos faz entender que o processo de descentralização na esfera federal foi crucial para o alcance da municipalização, mesmo com a criação de obstáculos para a conformação da construção de coordenação federativa sobre as relações intermunicipais, o que deveria ter sido cumprida pelos governos estaduais e foram determinantes para o desvio da condução política do SUS.

Para tanto, a organização da gestão dos serviços de saúde no âmbito do SUS ainda continua a ter um importante problema em atividade que são os recursos humanos, onde esses se sobressaem nos principais desafios apresentados como: as frágeis formas de seleção, a pouca qualificação dos profissionais, baixa remuneração, desmotivação das equipes e/ou profissionais e o seu baixo desempenho. Afetando negativamente o estabelecimento dos vínculos, e a sobrecarga de trabalho.

Assim, diante dessas dificuldades, cabe ao sistema público de gestão a luta para que esse desafio seja enfrentado, no sentido de se conquistar a valorização dos recursos humanos da saúde, uma vez que esses se constituem em peça fundamental para que o SUS funcione de maneira idealizada e se obtenha a eficiência administrativa.

### **2.2.1 O SUS e a participação social**

De acordo com Coriolano (2010), os Conselhos Municipais de Saúde são órgãos de controle do SUS, representantes da sociedade nas três esferas governamentais – municipais, estadual e federal. São organizados para permitir a participação da população na gestão de saúde, em defesa dos interesses coletivos, na busca do atendimento de ações governamentais. Portanto, funcionam como órgãos dirigentes, de caráter permanente e deliberativo, devendo funcionar e tomar decisões regularmente, exercendo ações de acompanhamento, controle e fiscalização das políticas de saúde, além de propor correções e aperfeiçoamentos em seu rumo.

A composição de um Conselho de Saúde normalmente é feita por membros do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários do SUS, compreendendo ainda associações e representantes de entidades de classe, os quais se reúnem ordinária e mensalmente para tratar sobre assuntos relacionados ao funcionamento e gestão dos serviços de saúde entre outros assuntos inerentes ao serviço.

Sua prestação de contas de atividades realizadas à população deve ocorrer por meio de relatórios, divulgações de resoluções e decisões na imprensa local, além da disseminação de informações pelos representantes da sociedade civil organizada àqueles que lhes asseguraram o direito de representação junto ao referido Conselho. O que sugere um impasse característico, pois, se por um lado, a fragilidade da participação popular pode ser vista como positiva para os gestores de saúde no nível municipal, pela possibilidade de aquisição e uso de recursos sem consulta prévia, sem conflitos e debates subsequentes, por outro lado, é negativa para os gestores do SUS em nível federal, na medida em que a falta de participação impede o controle sobre os recursos públicos destinados ao município. Portanto, a criação dos Conselho Municipal de Saúde foi para propiciar a participação visando o controle social no uso dos recursos públicos (GRISOTTI, 2010).

Pesquisas realizadas sobre as representações sociais mostram que estas são entidades que se encruzam através de uma palavra, ação ou gesto, definidas por concepções e visão de mundo em que os atores sociais possuem sobre a realidade.

Para Lucchese (2003), a operacionalização das diretrizes constitucionais de descentralização e de participação social ("da comunidade") para a

organização e gestão do SUS vem produzindo expressivas mudanças no que se refere à ação governamental. Tais mudanças relacionam-se, à instituição de processos de deliberação democrática na gestão setorial, tais como:

1) A realização de Conferências de Saúde, com representação dos vários segmentos sociais, para a proposição de diretrizes para a política de saúde;

2) A institucionalização dos Conselhos de Saúde como órgãos colegiados permanentes e de caráter deliberativo sobre a política de saúde;

3) A criação das Comissões Intergestoras, nas esferas federal e estadual, como fóruns de negociação e pactuação entre os gestores das três instâncias de direção do SUS para o gerenciamento do processo de descentralização.

Outra importante característica do SUS é o funcionamento do Fundo Municipal de Saúde, o qual explicitaremos logo a seguir.

### **2.2.2 O financiamento do SUS**

A participação dos municípios no financiamento do SUS foi progressiva nos últimos anos. Devido ao fortalecimento do processo de municipalização da saúde e à reforma fiscal efetivada pela Constituição Federal de 1988 foi permitido o crescimento da participação dos municípios no financiamento do SUS em termos absolutos e relativos. Já os Estados, nesta mesma década, além de reduzirem seu papel na oferta direta de ações e serviços de saúde, tiveram parcela importante de suas receitas comprometidas com pagamento de dívidas, o que fez com que houvesse redução em sua participação dos gastos com saúde (SOLLA, 2007).

De acordo com Lima (2006), é essencial que se faça o acompanhamento das transferências e o comportamento dos gastos públicos para a análise do processo de descentralização do SUS. Uma fonte de informações sobre as transferências voluntárias para níveis subnacionais de governo e para instituições privadas é o Sistema de Acompanhamento Financeiro (SIAFI) e o Sistema Integrado de Dados Orçamentários (SIDOR) do

governo federal. Contudo, a regionalização dos consumos federais com saúde baseados nos sistemas supracitados não é completa, uma vez que boa parte das atividades realizadas no campo da saúde não apresenta a destinação geográfica precisa.

As informações sobre as despesas feitas com pagamentos a provedoras e os repasses para estados e municípios feitos pelo Fundo Nacional de Saúde estão disponíveis na página eletrônica do Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS) e do referido Fundo.

### **3. O PLANEJAMENTO E O GERENCIAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Visto os aspectos mais gerais sobre o SUS passaremos, então, para a reflexão em torno do planejamento e do gerenciamento em saúde para, em seguida, nos determos, de maneira mais específica, na discussão sobre as atribuições da gestão nos serviços de saúde pública.

#### **3.1 PLANEJAMENTO EM SAÚDE**

O planejamento é de extrema importância para o direcionamento de ações, para que seja alcançado o resultado definido, onde as decisões devem estar integradas umas às outras. Sem a realização de planejamento, os serviços de saúde funcionam de forma desarticulada e fragmentada, inibindo, a operacionalização do sistema de saúde (VIEIRA, 2009).

De acordo com Guizardi (2008), a discussão em torno do planejamento em saúde nasce na América Latina no contexto histórico das políticas desenvolvimentistas dos anos 1950, marcadas pela diretriz de substituição de importações, tendo por perspectiva central o projeto de mudanças estruturais, em direção à industrialização e ao fortalecimento das economias nacionais.

As questões sociopolíticas que marcam o período, bem como as políticas públicas que se configuram a partir de então, se apresentam como uma transformação da concepção de ação estatal, que se define em contraposição a uma perspectiva identificada como liberal. A política pública de saúde vigente implica uma reforma sanitária, a qual vem realizando uma profunda alteração na organização da assistência à saúde. E nesse processo, o planejamento é algo essencial.

Apesar de o planejamento constituir um valor no discurso dos profissionais do setor público, inclusive buscando novas formas de formulá-lo, ele ainda não saiu do discurso.

A prática administrativa do planejamento, direção, coordenação e controle constitui o fulcro da gerência, em qualquer organização, independente



do tamanho e, mesmo, da autonomia de gestão. Isso significa planejar e controlar pessoas e recursos na realização de tarefas que permitam que a organização atinja seus objetivos. Nesse sentido, a função gerencial não implica apenas que o gerente possua conhecimentos administrativos e técnicos, mas a capacidade de lidar com pessoas, conhecer suas necessidades, valores e motivá-las para a realização da tarefa organizacional.

As práticas de planejamento, organização, direção e controle devem permitir conceber uma estratégia que estabeleça uma relação adequada, entre o sistema de tarefas e pessoas. Essa relação é que permite visualizar a maneira mais eficaz de conduzir a organização a seus objetivos.

O planejamento e a implementação de ações só serão eficientes e eficazes se houver gerenciamento qualificado, o qual será capaz de dar resolubilidade aos problemas ativos no sistema público, como a má alocação de recursos e a ineficiência na prestação dos serviços. Com essas resoluções será por fim conseguido a garantia do acesso ao usuário.

### **3.2 O GERENCIAMENTO DA SAÚDE**

Gerenciar serviços de saúde significa deparar-se com uma grande variedade de fatores técnicos e comportamentos humanos diversos, que levam a uma imagem muitas vezes contraditória. Os fatores que mais contribuem para dificultar este gerenciamento estão listados abaixo (MOTTA, 2001):

- *Intangibilidade da produção dos serviços de saúde* - As atividades são difíceis de serem objetivadas ao mesmo tempo em que se esgotam no fornecimento. Neste sentido, a equipe que os fornece não é motivada para melhorá-las dificultando, por outro lado, a capacitação e qualificação para tal;
- *Receios e cuidados na interação* - O desenvolvimento da interação sistêmica pressupõe maior exposição externa. Interdependência de atividades entre setores e departamentos pode causar temor e perda de visibilidade, gerar obrigações e em alguns casos restrição de autonomia.

Vínculos exigem esforço colaborativo numa construção de valores e objetivos comuns;

- *Trabalho fragmentado* - Os serviços administrativos de saúde operam de forma isolada, havendo profunda divisão de trabalho para definição de funções e responsabilidades como medida para distribuição de recursos, poder e influência. Essa divisão produz ao mesmo tempo integração e isolamento entre componentes. A especialização no campo da saúde é uma forma de isolamento. A integração dos trabalhadores só ocorre em determinados processos em que há menção expressa de papéis dos membros de equipes;
- *Recursos considerados ilimitados* - A valorização da necessidade dos serviços de saúde evidenciada em momentos críticos da vida humana – nascimento, enfermidade e morte, consubstanciada pelas equipes que atuam nestes serviços engendra a contradição entre a perspectiva gerencial encarregada de distribuir recursos e a perspectiva do trabalhador de saúde, especialmente o médico, demandante dos recursos tecnicamente necessários;
- *Funcionamento autônomo e competitivo de unidades* - As unidades de saúde têm objetivos autônomos e competem por recursos provenientes de uma mesma fonte. Esta característica dificulta o estabelecimento de vínculos cooperativos baseados em trocas e na complementação de serviços. Para evitar tal situação é necessária a construção de um enfoque sistêmico e uma educação para valores e objetivos comuns;
- *Distribuição das estruturas formais* - Existem espaços e agentes com grande capacidade de decisão que se encontram à margem das estruturas gerenciais dos serviços. É necessário promover um amplo e consistente processo de cooperação e negociação nas equipes de trabalho, baseado no reconhecimento de interesses particulares que determinam que as ações que ajudam uns ameaçam outros e que o conflito e a cooperação estão sempre presentes.
- *Inexistência de uma visão integral* - Os serviços de saúde são dirigidos por profissionais que se identificam com o exercício de sua profissão e função, mais que com os objetivos e a melhoria da eficiência da organização

para a qual trabalham. Isso tende a dificultar a adesão e colaboração com projetos cooperativos que busquem maior adequação da organização às necessidades e expectativas de seus usuários. Em geral, profissionais de saúde quando assumem funções gerenciais não o fazem sem deixar de exercer sua função de origem e, com isso, não se dedicam integralmente às tarefas de direção.

Abordar a equidade no novo contexto da gestão da política de saúde e do SUS, exige de nós um esforço de reflexão que reconheça o novo ambiente de gestão descentralizada em que se processam as tarefas públicas. O que promove uma revisão conceitual que não somente aperfeiçoe o já avançado mapeamento das desigualdades no país, como simultaneamente ajude na identificação das tarefas de gestão necessárias para reduzi-las (LUCCHESI, 2003).

De acordo com Junqueira (2010), é crescente a concordância entre os gestores e trabalhadores do SUS, em todos os níveis de governo, onde a formação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos afetam profundamente, a qualidade das ações e serviços prestados, além do grau de satisfação dos usuários. Por esta razão deve ser estabelecido diálogo nos diferentes níveis hierárquicos, entre os gestores, de modo a se construir pactos de atuação conjunta, visando à formação de profissionais capazes de responder, efetivamente, às demandas impostas à coletividade.

Mas um ponto importante a ser destacado é a necessidade de se uniformizar os modos de gerenciar, onde estes permitam aos profissionais a participação como sujeitos ativos e que não deixem as instituições à mercê das diversas corporações profissionais e dos diferentes interesses político-partidários.

Fernandes (2009) aponta que os serviços públicos de saúde estão, sendo alvo de discussões sobre a qualidade do atendimento prestado, acesso e escuta qualificada, solução dos problemas identificados e encaminhamentos resolutivos. O processo de municipalização da saúde faz parte do movimento de reforma administrativa brasileira e deve contar com uma gestão capaz de

atender a uma perspectiva democrática, participativa, tecnicamente competente e eficiente.

O conhecimento das tecnologias de gerenciamento em saúde é essencial, pois, de acordo com a história, a gerência era apenas executora das ações planejadas no âmbito federal, não acumulando experiências em planejar, desenvolver e avaliar políticas de saúde.

Ainda de acordo com o supracitado autor, o processo de descentralização do SUS coloca a competência gerencial como um fator preocupante para a prática de um sistema regionalizado, hierarquizado e participativo. Que tem no financiamento de recursos, na responsabilidade de gestão e no pacto entre gestores, seu ponto de partida para o atendimento das necessidades da população, nos vários níveis de complexidade.

## **4. ATRIBUIÇÕES DA GESTÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA**

### **4.1 A GESTÃO DE QUALIDADE**

A qualidade que está sendo aqui discutida trata do cuidado integral, como o acolhimento, o vínculo e a equipe de trabalho. Esse é um tema essencial em qualquer instituição que busque excelência no atendimento ao usuário de forma que a sua participação unida aos profissionais produza um serviço mais humano, ágil e eficaz (VOLPATO, 2010).

Os serviços de saúde constituem um sistema imperfeito em que as interações entre seus componentes não são coerentes, além de sofrerem a influência de interesses próprios de um ambiente social onde a realidade sofre mudanças constantes, o que torna o cenário imprevisível. Esses ambientes, por sua vez, impõem pressões diversas sobre cada serviço, gerando respostas com pouca harmonia e fragmentações e desequilíbrios nos serviços como um todo.

Apesar de esses serviços terem um amplo alcance social, não tem sido possível implantá-los da maneira desejada, em decorrência de sérias dificuldades relacionadas tanto com seu financiamento quanto com a eficiência administrativa de sua operação. Diante disso, recorreremos à questão central do nosso estudo: Quais são as ferramentas de qualidade mais utilizadas nos serviços de saúde?

Para dar início ao procedimento de implantação da Gestão de Qualidade, é imprescindível elaborar um diagnóstico situacional da instituição, para que se consiga embasamento de comparação para futuras avaliações de programas de qualidade nos serviços de saúde Segundo Treviso, Brandão e Saitovitch (2009) é possível que a implantação ou a baixa utilização das ferramentas de gestão de qualidade seja dificultada por diversos fatores, desde os mais básicos: a questão educacional (como a falta de compreensão dos funcionários da importância de alimentar os registros das instituições), até as questões culturais, visto ser necessário mudar toda uma cultura existente

estagnada, em que muitas vezes os processos são realizados de uma forma automática.

Treviso, Brandão e Saitovitch (2009) ainda afirmam que essa é uma mudança difícil, que leva tempo e exige muita paciência por parte dos envolvidos. Entretanto, é uma barreira que pode ser transposta quando realmente se busca a qualidade dos serviços assistenciais.

Gerado pela necessidade de mudar a prática dos serviços de saúde, superando os fatores que ocasionam seu baixo desempenho, privilegia-se a gerência dos serviços como fator determinante para atingir os objetivos organizacionais, mediante planejamento, coordenação, direção e controle.

A gerência dos serviços de saúde requer conhecimentos e habilidades nas dimensões técnica, administrativa e psicossocial, onde deve-se mobilizar e comprometer os funcionários da organização e produção dos serviços de saúde. Retoma-se então a ideia de equipe de saúde, repensando o papel de cada profissional. Discute-se a lógica das organizações públicas onde prevalece o interesse da burocracia em prejuízo de clientela. O gerente, como uma pessoa de decisão, necessita, para exercer seu papel de informações, de autonomia e de um referencial. Nesse sentido é apresentada a importância do modelo assistencial e da questão da descentralização.

Apesar de já ser do conhecimento comum que um bom técnico não será, necessariamente, um bom gerente, também não é possível um bom gerente sem conhecimento específico do trabalho gerenciado. Sendo o papel do gerente planejar, organizar, coordenar, controlar e avaliar o trabalho para que a organização possa atingir seus objetivos, ele deve possuir conhecimentos e habilidades aperfeiçoados de planejamento e controle das atividades organizacionais.

Como o desempenho da função gerencial é um fenômeno que compreende relações interpessoais, onde as pessoas ocupam posições diferenciadas, a questão do poder se coloca. A própria estrutura organizacional expressa um cenário onde se dão as relações de poder.

Nesse sentido, a função gerencial requer um conhecimento adequado da organização e, apesar de não podermos dizer que existam formas mais eficazes de gerenciar, os problemas e as condições objetivas da organização variam, determinando o desempenho gerencial.

Assim, o estilo de gerência resulta de um projeto que pode ser mais ou menos burocrático, dependendo do tipo de tarefa, das pessoas, enfim, da organização. Portanto, o estilo de gerência muda conforme a organização, sua tarefa, e as pessoas que a realizam. Se não podemos identificar qual o estilo mais eficaz de gerência, poderemos, pelo menos, delinear algumas características próprias das organizações que têm como tarefa a prestação de serviços de saúde.

## **4.2 A PROPOSTA CONTEMPORÂNEA PARA A GESTÃO DA SAÚDE**

Como já vem sendo citado neste trabalho, a Reforma Sanitária foi o grande acontecimento para a inspiração e surgimento do SUS, proporcionando a consolidação do direito universal à saúde garantida na Constituição Federal de 1988, que apresenta de forma clara que "a saúde é direito de todos e dever do Estado (...)", com acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, baseado em princípios e diretrizes.

Ao analisarmos a Política de Saúde na circunstância atual, devemos, antes de tudo, ter a percepção que um dos maiores marcos contemporâneos da história política do nosso país foi o mandato do Presidente Luís Inácio Lula da Silva, eleito como uma pessoa simples da classe menos favorecida, porém com vigor e conhecimento sobre política pública (BRAVO, 2008). Ainda para este autor (2008, p. 17):

A consagração eleitoral foi resultado da reação da população brasileira contra o projeto neoliberal implantado nos anos 90. Isto é, pela primeira vez venceu o projeto que não representa, em sua origem, os interesses hegemônicos das classes dominantes.

No entanto, continuando sua análise sobre o governo Lula, Bravo (2008, p. 17) coloca que:

Apesar das dificuldades do cenário internacional, com a pressão dos mercados e do capitalismo financeiro acreditava-se que no Brasil estaria se inaugurando um novo momento histórico em que se enfrentariam as políticas de ajuste. Não se esperava transformações

profundas, face aos acordos ocorridos, mas havia expectativas com relação às políticas sociais e à participação social.

No entanto, diante dos fatos históricos e políticos, vimos que a proposta de gestão de Lula dá sequência a contrarreforma do Estado, conhecida como o Neoliberalismo. Proposta esta iniciada na gestão do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC), a qual diminuiu a democracia e os direitos sociais, favorecendo, por sua vez, o espaço das privatizações evidenciadas, principalmente, nos espaços da economia e no campo dos direitos sociais.

Munhoz (2009) ressalta que o Neoliberalismo é uma doutrina que abrange a economia e a filosofia social com uma conduta principal que inclui:

- 1) A autoridade/superioridade do mercado, com recursos para alocação;
- 2) A Teoria da Escolha Pública, onde as decisões tomadas pelo governo visam o bem público através de escolhas racionais positivistas;
- 3) A Teoria do Ônus Público do bem estar social, onde o indivíduo assume responsabilidade sobre o bem estar social;
- 4) A superioridade do individualismo sobre o coletivismo e a autoconfiança, em que a responsabilidade moral individual se sobrepõe a uma cultura de interdependência;
- 5) O Estado Mínimo, onde há pouca interferência do Estado nas políticas públicas.

A partir das questões acima citadas, vemos que as conquistas alcançadas na área da saúde vêm sofrendo sérias ameaças, uma vez que a proposta para a gestão da saúde na contemporaneidade também apresenta para os serviços de saúde, a ideia neoliberal da terceirização e da privatização dos serviços públicos, o que vai totalmente de encontro às garantias na área da saúde previstas na Constituição Federal de 1988.

Apesar de ser considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde, o sistema de saúde brasileiro possui um abundante mercado de planos de saúde que cobre o pólo executivo da economia e funciona em detrimento das diretrizes constitucionais do setor da saúde, o que contradiz o processo de implementação do SUS. Assim, na busca do fortalecimento do SUS, foi lançada a proposta de se formular uma agenda de reformas das instituições do mercado, devido à rede privada está ocupando funções de Estado, subtraindo



a natureza pública e negando o direito social de assistência à saúde (REIS, 2009).

Diante do exposto, nos impulsionamos a lutar contra a proposta governamental atual, no sentido de que o modelo de saúde conquistado com o SUS não perca suas características, mas avance em sua gestão.

As mudanças ocorridas no sistema de saúde durante esses anos foi um passo relevante para que se conseguisse concretizar a saúde como direito fundamental do cidadão, tendo como porta de entrada a atenção primária, atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial e os serviços especiais; pois o SUS é fruto de uma construção articulada e decisiva para superação das desigualdades sociais do País. Assim, devemos nos empenhar para que o mesmo não seja destruído pelo neoliberalismo, mas respeitado incondicionalmente como direito de todos e dever do Estado.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todo o exposto, vimos que seguindo os preceitos da Constituição Federal de 1988, a partir da década de 90 do século XX, a saúde pública brasileira passa a desenvolver uma das mais importantes estratégias sanitárias do governo federal.

Defendido pelos princípios da descentralização, hierarquização e participação social, a proposta do sistema de saúde pública do Brasil contemporâneo é de dar condições resolutivas, integrar ações e serviços de saúde, refazendo, assim, a gestão de recursos humanos, indo além da precarização do trabalho e humanizando a atenção e o relacionamento entre os atores principais da produção da saúde - gestores, usuários e profissionais.

Dessa forma, focalizado nos gestores de saúde, define-se como uma estratégia. Porém, apresenta alterações entre as concepções teóricas e as trajetórias institucionais da gestão. A fala governamental em nível federal almeja a melhores condições das relações de trabalho; porém, de acordo com o cotidiano vivenciado, ainda estamos distantes dessa realidade, que é marcada pela insuficiência de recursos no setor da saúde, problemas de diferentes complexidades resolutivas, gerando sobrecarga no atendimento aos problemas que necessitam ser enfrentados.

Para tanto, é interessante observar a importância dos princípios do SUS na sua efetivação, apesar da existência de falhas ainda vivenciadas, como: limitações do número de atendimentos de média e alta complexidade, baixa remuneração, falta de profissionais qualificados em saúde da família, visão da população quanto à saúde centrada no modelo médico e curativo, inexistência da contrarreferência, que garantiria os princípios da universalidade, integralidade e intersetorialidade.

A perspectiva dos protagonistas dessas ações referendadas ao âmbito da saúde permite uma melhor compreensão das diretrizes e da lógica da organização da gestão de recursos humanos. O que nos permite repensar o processo de descentralização e explorar a identidade política que o conjunto dessa estratégia ganhou a partir da mediação entre as orientações do grupo central do Estado (governo federal) e a dimensão do cotidiano dos serviços nos

municípios. Incoerentemente, os resultados deste estudo demonstram ser a própria gestão uma das responsáveis pelo descumprimento e desrespeito às leis de trabalho estabelecidas pela Constituição Federal do Brasil.

Deste modo, podemos entender que sem o enfrentamento dos problemas relacionados à gestão de recursos humanos no SUS não haverá a organização/reorganização do sistema de saúde, de modo que a defesa da vida deve ser um componente obrigatório no campo de responsabilidade da gestão.

Por fim, é importante o reconhecimento da necessidade de elaboração de planos locais para a saúde, os quais constituem um requisito importante e crucial para o desenvolvimento dos diversos territórios. Assim, poderemos analisar o SUS com maior objetividade, entendendo-o como processo em construção permanente que aponta a médio e longo prazo uma mudança no modelo de atenção à saúde e um sistema de saúde eficaz, eficiente, de qualidade, entendido e trabalhado por uma gestão, também eficiente e capaz de dar resolubilidade aos problemas relacionados à saúde.

## REFERÊNCIAS

ARRETCHE, M. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. *Dados*. 2002 apud DOURADO, Daniel de Araujo; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2011, vol.45, n.1, pp. 204-211. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000100023>. Acesso em: 07 de agosto de 2012.

BACKES, D.S; SILVA, D.M; SIQUEIRA, H.H; ERDMAN, A.L. O produto do serviço de enfermagem na perspectiva da gerência da qualidade. In: **Revista Gaúcha de Enfermagem**, pp.163-70, jan 2007.

BERLITZ, F.A. **Controle da qualidade no laboratório clínico**: alinhando melhoria de processos, confiabilidade e segurança do paciente. *J Bras Patol Med Lab*, v.46, n.5, pp.353-363, out. 2010.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Imprensa Oficial, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto 7508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro e 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 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. Brasília, 1990.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 8.689, de 28 de julho de 1993**. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRAVO, Maria Inês Souza et. al. **Política de saúde na atual conjuntura**: modelos de gestão e agenda para a saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. In:

**Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2007, vol.12, pp. 1865-1874. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000700009>. Acesso em: 22 de julho de 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão?. In: **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2007, vol.12, n.2, pp. 301-306. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200002>. Acesso em: 17 de julho de 2012.

CARVALHO, Antônio Ivo de; BARBOSA, Pedro Ribeiro. **Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração /UFSC; [Brasília]: CAPES : UAB, 2010. 82p.

COHN, Amélia. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. In: **Cad. Saúde Pública** [online]. 2009, vol.25, n.7, pp. 1614-1619. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700020>. Acesso em: 24 de julho de 2012.

CORIOLOANO, Maria Wanderleya de Lavor et al. Vivenciando o processo de municipalização do SUS no município de Juazeiro do Norte (CE). In: **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2010, vol.15, n.5, pp. 2447-2454. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500019>. Acesso em: 01 de agosto de 2012.

COSTA, Nilson do Rosário. O regime regulatório e o mercado de planos de saúde no Brasil. In: **Ciência & saúde coletiva** [online]. 2008, vol.13, n.5, pp. 1453-1462. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000500011>. Acesso em: 15 de agosto de 2012.

DOURADO, Daniel de Araujo; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2011, vol.45, n.1, pp. 204-211. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000100023>. Acesso em: 07 de agosto de 2012.

FERNANDES, Léia Cristiane Löeblein; MACHADO, Rebel Zambrano; ANSCHAU, Geovana Oliveira. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. In: **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2009, vol.14, pp. 1541-1552. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800028>. Acesso em: 02 de agosto de 2012.

GUIZARDI, Francini Lube. **Do controle social à gestão participativa: perspectiva pós-soberanas da participação política no SUS**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: [http://www.tesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/pdf/guizardi\\_francine%20..](http://www.tesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/pdf/guizardi_francine%20..) Acesso em: 01 de agosto de 2012.

GRISOTTI, Márcia; PATRICIO, Zuleica Maria; SILVA, Andréia da. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo

qualitativo. In: **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2010, vol.15, n.3, pp. 831-840. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000300026>. Acesso em: 01 de julho de 2012.

IBANEZ, Nelson; VECINA NETO, Gonzalo. Modelos de gestão e o SUS. In: **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2007, vol.12, suppl., pp. 1831-1840. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000700006>. Acesso em: 23 de julho de 2012.

JUNQUEIRA, Túlio da Silva et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. In: **Cad. Saúde Pública** [online]. 2010, vol.26, n.5, pp. 918-928. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000500014>. Acesso em: 01 de julho de 2012.

LAKATOS, E.M; MARCONI, M. A. Pesquisa Bibliográfica. In: **Metodologia do trabalho científico**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2001: 43-77.

LIMA, Claudia Riso de Araujo; CARVALHO, Marília Sá; SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade. Financiamento público em saúde e confiabilidade dos bancos de dados nacionais. Um estudo dos anos de 2001 e 2002. In: **Cad. Saúde Pública** [online]. 2006, vol.22, n.9, pp. 1855-1864. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000900016>. Acesso em: 02 de agosto de 2012.

LUCHESE, Patrícia T. R.. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. In: **Ciência & saúde coletiva** [online]. 2003, vol.8, n.2, pp. 439-448. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000200009>. Acesso em: 29 de julho de 2012.

MAIO, Marcos Chor; LIMA, Nísia Trindade. Fórum. O desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. Introdução. CAD. In: **Saúde** (online). 2009, vol 25, n.7, pp.1611-1613. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X20090007000019>. Acesso em: 09 de julho de 2012.

MATTOS, Ruben Araujo de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. In: **Interface (Botucatu)** [online]. 2009, vol.13, pp. 771-780. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500028>. Acesso em: 09 de julho de 2012.

MILITÃO, João Batista dos Santos. **A negociação coletiva do trabalho no SUS**. Rio de Janeiro, 2011. 126 f.

MOTTA, P. R. **Desempenho de equipes de saúde**. Rio de Janeiro, Editora FGV, 2001.

MUNHOZ, Daniel Batista et al. Neoliberalismo e Estado Mínimo: Repercussões na Atenção à Saúde no Distrito Federal. In: **Ciências Saúde**. 2009; pp. 271-276. Disponível em: [http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol20\\_3art08neolib.pdf](http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol20_3art08neolib.pdf). Acesso em: 02 de agosto de 2012.

PRIOSTE, P.P.; MELLEIRO, M.M. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário. In: **Revista Escola de Enfermagem USP**; pp. 1024-1031, dez. 2010.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Sistema Único de Saúde – 2010: espaço para uma virada. In: **O Mundo da Saúde**, São Paulo: 2010; pp. 8-19. Disponível em: [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/74/01\\_Sistema%20Unico%20de%20Saude.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/01_Sistema%20Unico%20de%20Saude.pdf). Acesso em: 30 de março de 2012.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira et al. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. In: **Rev. Bras. Saude Mater Infant**. [online]. 2007, vol.7, n.4, pp. 495-502. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292007000400018>. Acesso em: 02 de agosto de 2012.

REIS, Ocké; OCTÁVIO, Carlos; SOPHIA, Daniela Carvalho. Uma crítica à privatização do sistema de saúde brasileiro: pela constituição de um modelo de proteção social público de atenção à saúde. In: **Saúde debate**, pp. 72-79, jan.-abr. 2009. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/cid-60052>. Acesso em: 15 de agosto de 2012.

TAGUE, Nancy R. **The quality toolbox**. 2nd. ed. Milwaukee, ASQ Quality Press, 2005.

TREVISÓ, P.; BRANDÃO, F. H.; SAITOVITCH, D. Construção de indicadores de saúde: [revisão]. In: **Revista Administração Saúde**, pp.182-186, out.-dez. 2009.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

VERGARA SC. **Projetos e relatórios de pesquisas em administração**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007

VIANA, AL; LIMA, LD; OLIVEIRA, RG. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002; pp. 493-507 apud DOURADO, Daniel de Araujo; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2011, vol.45, n.1, pp. 204-211. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000100023>. Acesso em: 07 de agosto de 2012.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. In: **Ciência & saúde coletiva** [online]. 2009, vol.14, pp. 1565-

1577. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800030>. Acesso em: 13 de agosto de 2012.

VOLPATO, Luciana Fernandes; MENEZHIM, Marcelo de Castro; PEREIRA, Antonio Carlos; AMBROSANO, Gláucia Maria Bovi. Planejamento da qualidade nas unidades de saúde da família, utilizando o Desdobramento da Função Qualidade (QFD). In: **Cad. Saúde Pública** [online]. 2010, vol.26, n.8, pp. 1561-1572. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000800010>. Acesso em: 15 de agosto de 2012.